PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO i GALICYJSKIEGO.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Dr. AUGUST KWAŚNICKI.

ROK XXXVII. – 1898.

KRAKÓW.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO.

w Drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Józefa Filipowskiego.
1898.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXXVII „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają stronice).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

IV. Oceny i sprawozdania.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

VI. Odcinek.

VII. Sprawy towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Sekcya Zakopańska Tow. lek. gal.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Towarzystwo psychiatrów i neurologów w Wiedniu.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

VIII. Korespondencye.

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

X. Nekrologia.

XI. Alfabetyczny spis rzeczy zawartych w pracach oryginalnych i sprawozdaniach.

Rok XXXVII. Kraków 1. Stycznia 1898. Nr. 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyona w Paryżu.

Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego.

Napisał

Dr. Bolesław Motz.

Asystent kliniki.

W ciągu badań moich nad przerostem gruczołu krokowego miałem możność zbadania w klinice prof. Guyona znacznej liczby chorych, dotkniętych tem cierpieniem. Nie będzie, zdaje mi się, pozbawionem interesu podanie do wiadomości części otrzymanych wyników, które zdaniem mojem, mają rzucić pewne światło na całą sprawę przerostu gruczołu krokowego.

Pragnąłbym mianowicie zwrócić obecnie uwagę na następujące punkty: 1) Wiek chorych; 2) Rozmiary gruczołu krokowego; 3) Zmiany miażdżycowe tętnic obwodowych i 4) Stosunek pomiędzy wielkością jąder a przerostem gruczołu krokowego.

a) Wiek chorych.

Na 109 przypadków, w których wiek był oznaczony, wynosił on:

u 3	osób mniej niż	. . .	55 lat
u 21	„ pomiędzy	.	55—65 „
u 61	„ „	.	65—75 „
u 17	„ „	.	75—85 „
wreszcie u 1	powyżej	. . . .	85 „

Wynika z tych liczb, iż wiek największej liczby chorych wahał się pomiędzy 65 i 75 latami, nigdy zaś nie był niższym od 50 lat i w tym wieku spostrzegałem jednego tylko chorego.

b) Rozmiary gruczołów krokowych.

Na 130 przypadków badanych stwierdzić mogłem:

w 36	gruczoł nie przerosły
w 12	przerost małego stopnia
w 30	„ średniego stopnia
w 21	„ dużego stopnia
w 31	„ olbrzymi.

Stąd znów widzimy, iż czwarta część „prostatyków“ posiadała gruczoł prawie prawidłowej wielkości, połowa zaś chorych miała przerost wysokiego stopnia. W przeszłej mojej pracy [1]) wykazałem, iż z pomiędzy 27 chorych, zmarłych wskutek różnych następstw przerostu, u 14, a więc w połowie przypadków przerost gruczołu przewyższał stopień średni. Zgodność tych liczb pozwala mi na wyprowadzenie wniosku, iż rozmiary gruczołu krokowego nie wywierają wielkiego wpływu na powstanie tych wszystkich następstw stanu chorobowego, których ofiarą padają chorzy.

Pomiędzy wielkością gruczołu przerosłego i wiekiem chorych żadnego związku wykazać nie mogłem.

Średni wiek osób:	z małym przerostem wynosił	.	66 lat
	średnim „ „	.	71 „
	dużym „ „	.	66 „
	ogromnym „ „	.	68 „

c) Stan naczyń obwodowych.

Badałem tętnice obwodowe (udową i sprychową) u 104 prostatyków; wynik badania był następujący:

Na 26 przypadków słabego przerostu: w 11 tętnice miękkie (26%) w 15 tętnice twarde (42%).

Na 27 przypadków średniego przerostu: w 9 tętnice miękkie (33%), w 17 t. twarde.

Na 21 przypadków znacznego przerostu: w 3 tętnice miękkie (14%), w 18 t. twarde.

Na 30 przypadków ogromnego przerostu w 2 tętnice miękkie (7%), w 28 t. twarde.

Liczby te wskazują, iż istnieje pewien związek pomiędzy rozmiarami gruczołu i miażdżycą tętnic obwodowych.

W przypadkach przerostu nieznacznego lub średniego można wykazać tętnice miękkie w trzeciej części przypadków, podczas gdy bardzo rzadko, 5 na 51, znajdziemy je w przeroście znacznego stopnia. Zdawałoby się możliwem wytłómaczenie tego zjawiska starszym wiekiem osób dotkniętych znaczniejszym przerostem, to jednakże tłómaczenie nie da się przyjąć, gdyż wykazałem powyżej, iż niema żadnego związku pomiędzy wiekiem chorych a wielkością gruczołu krokowego.

d) Stosunek pomiędzy przerostem gruczołu a wielkością jąder.

Nowsze prace, które ukazały istnienie związku pomiędzy narządem jądrowym a gruczołem krokowym, podały mi myśl zbadania, czy nie ma bliższego stosunku pomiędzy stanem jąder i wielkością tego gruczołu. Z tego punktu widzenia badałem 157 prostatyków; z tej liczby w 120 przypadkach oba jądra były jednej wielkości, w 17 zaś zauważyć było można różnicę mniej lub więcej wyraźną. Przytoczę tu 9 spostrzeżeń, należących do tej drugiej kategoryi.

1. Sch. 59-letni. Zatrzymanie moczu niezupełne. Tętnice obwodowe lekko stwardniałe. Jądro prawe duże, jądro lewe małe. Przerost gruczołu krok. średniego stopnia; zraz lewy większy niż prawy.

2. Franc. 71 l. Tętnice miękkie; jądra małe, lecz prawe znacznie większe, niż lewe. Przerost gruczołu krok. średni z przewagą po stronie prawej.

[1]) Przyczynek do nauki o budowie histologicznej przerosłego gruczołu krokowego. „Przegląd Lekarski“ 1897, Nr. 2, 4, 5.

3. Bonn. 50 lat Lewe jądro duże, prawe średnie. W gruczole krokowym płat lewy duży, płat prawy lekko przerosły.

4. Av. 61 lat. Tętnice miękkie. Jądro lewe duże, prawe małe; przerost płatu lewego w gruczole krok.

5. Bir. 70 lat. Tętnice twarde. Jądra bardzo wielkie, szczególnie prawe. Gruczoł krok. duży, twardy, szczególnie po stronie prawej.

6. Sail. 65 l. Tętnice twarde. Jądro prawe duże, lewe zanikłe. Gruczoł krok. zaledwo macalny po stronie prawej; płatu lewego wyczuć nie można.

7. Ros. 76 l. Tętnice twarde. Jądro duże. Przerost gruczołu średni, szczególnie po stronie lewej.

8. Vol. Tętnice twarde. Jądro małe, szczególnie lewe. Lekki przerost gruczołu krok., wyraźniejszy po stronie lewej.

9. Dur. 63 l. Zatrzymanie moczu zupełne. Tętnice miękkie. Jądro prawe bardzo wielkie, brak lewego jądra. Gruczoł krok. wielki, szczególnie strona prawa.

Przykłady te dowodzą istnienia pewnego związku pomiędzy wielkością jąder i przerostem gruczołu krokowego. Tego faktu nie może obalić ośm spostrzeżeń, w których pomimo wyraźnej różnicy w rozmiarach obu jąder, nie mogłem stwierdzić asymetryi w przerosłym gruczole krokowym. Dowodzą one tylko, iż zjawisko to nie jest stałe i że w sprawie tej wchodzą w grę jeszcze czynniki, których nie znamy dokładnie.

Następująca tablica wykazuje rozmiary jąder i stopień przerostu gruczołu krokowego u 120 osób, których oba jądra były jednakiej mniej więcej wielkości.

	Liczba chorych	Gruczoł kr. mały	Przerost słaby	Przerost średni	Przerost duży	Przer ogromny	Częstość przerostu dużego
Jądra małe .	41	23	7	5	5	1	1 : 7
„ średnie	28	4	5	10	6	3	1 : 3
„ duże .	31	6	0	6	7	12	2 : 3
„ wielkie	20	0	0	2	4	12	3 : 4

Z tablicy tej wynika, że u osób o jądrach małych znajdujemy przerost dużego stopnia raz na siedm przypadków, u osób z jądrami średniej wielkości, raz na trzy, z jądrami dużemi dwa na trzy, wreszcie z jądrami bardzo dużemi, trzy razy na cztery przypadki. Zdaje się, że wyniki te upoważniają do wniosku, że istnieje pewien związek pomiędzy wielkością jąder a przerostem gruczołu krokowego. To też u prostatyka o jądrach małych jest bardzo małe prawdopodobieństwo (1 : 7) znalezienia większego przerostu, podczas gdy znajdziemy go bardzo często (3 na 4) u prostatyków o jądrach dużych.

Stwierdzenie tego zjawiska ma znaczenie podwójne: 1) ze względu na patogenezę przerostu, o której powiemy niżej, 2) z punktu widzenia klinicznego. Pod tym względem, mając w pamięci przytoczone wyniki, można w niektórych przypadkach uniknąć omyłek rozpoznawczych, tak częstych w cierpieniach gruczołu krokowego. Dwa spostrzeżenia moje własne potwierdzą nam ważność tego wszystkiego, co tu powiedziałem.

Przed rokiem obserwowałem na klinicznej sali Velpeau w szpitalu Neckera na łóżku 7. chorego z rozpoznaniem dużego przerostu gruczołu krokowego. Badając jego jądra (które były bardzo małe) i stan tętnic obwodowych, wyraziłem wątpliwość co do dokładności rozpoznania w obec osób, które także badały chorego. Przy badaniu przez odbytnicę znalazłem ciało bardzo duże, robiące zupełnie wrażenie gruczołu krokowego bardzo znacznie przerosłego; jednakże po uważnem zbadaniu rozpoznałem flegmonę około-gruczołową. Prof. Guyon, zbadawszy chorego w pół godziny potem, zrobił rozpoznanie takie same. Przy sekcyi znaleźliśmy, P. Imbert i ja, dwie jamy o grubych ścianach pełne ropy, gruczoł zaś krokowy mały.

Przyznać należy, iż byliśmy nieco zanadto stanowczy pod tym względem. Obecnie na podstawie zestawienia liczb widzę, że zdarzają się przypadki, o których będę mówił, gdzie, pomimo bardzo małych jąder, istnieje bardzo wybitny przerost gruczołu. Oto mój przypadek drugi:

Przed tygodniem wstąpił do kliniki chory z powodu zupełnego zatrzymania moczu na tle zmian w gruczole krokowym. Zdawało się wskazanem przecięcie naczyń i nerwów: badanie przez odbytnicę, wykonane przez jednego z asystentów klinicznych, wykazało gruczoł krokowy bardzo duży. Badając tegoż chorego zauważyłem, że jądra ma bardzo małe i wyraziłem z tego powodu zdziwienie; zbadawszy przez odbytnicę przekonałem się rzeczywiście, iż gruczoł krokowy był bardzo słabo rozwinięty. Prof. Albarran, któremu to powiedziałem, zbadawszy chorego, potwierdził moje rozpoznanie. Przytoczyłem te dwa przypadki, aby wykazać ważne znaczenie kliniczne tych spostrzeżeń, które opisałem tak, jak przedstawiły mi się przy badaniu chorych.

Postaram się teraz wyprowadzić z nich pewne wnioski co do patogenezy przerostu gruczołu i objawów prostatyzmu wogóle.

Badania nowsze w ciągu ostatnich lat kilku wskazały nam na istnienie ścisłego związku pomiędzy gruczołem krokowym a narządem jądrowym. Stwierdzono, że rozwój obu tych narządów odbywa się równolegle. Englisch na podstawie 1984 przypadków wykazał, iż do 20 roku życia jądro i gruczoł krokowy rozwijają się jednocześnie, i dopiero około 40 roku w niektórych przypadkach rozrost gruczołu wyprzedza znacznie jądro.

Dzięki badaniom głównie Godarda wiemy, iż zatrzymaniu rozwoju narządów płciowych zewnętrznych towarzyszy także sprawa w gruczole krokowym. W przypadkach, gdzie zanik dotyka jedno tylko jądro, zauważono, że odpowiedni płat gruczołu był mniejszy od drugiego. Niektórzy autorowie zaprzeczyli słuszności tego. Ogłoszono spostrzeżenia, w których pomimo znacznej różnicy pomiędzy jądrami, gruczoł krokowy był zupełnie symetryczny. Jednakże te dane ujemne nie są w stanie osłabić ważności obserwacyi dodatnich. Wyniki doświadczalne po wytrzebieniu i przecinaniu jednostronnem sznura nasiennego, otrzymane przez Albarrana i przezemnie, wyjaśniają dostatecznie te pozorne sprzeczności.

Obie te operacye często sprowadzają zanik gruczołu krokowego, lecz zanik ten nie jest wyłącznie jednostronny, zaś tylko wybitniejszy po stronie, gdzie wykonano operacyę. Ta różnica w wielkości jest zaledwie widoczną pod mikroskopem po upływie trzech miesięcy i to tylko na skrawkach całkowitych z gruczołu. Niema przeto nic dziwnego, iż w tych przypadkach, gdzie jest różnica w wielkości obu jąder, stwierdzić można słabą tylko różnicę pomiędzy obu płatami gruczołu krokowego. W przypadkach asymetryczności jąder należy uwzględnić jeszcze chwilę, od której zaczął ulegać opóźnieniu rozrost jednego z nich. Jeżeli zanik jądra rozpoczyna

się w chwili, kiedy gruczoł krokowy doszedł już do stanu zupełnego rozwoju, to może on wpłynąć ujemnie na żywotność gruczołu nie odbijając się wyraźniej na różnicy pomiędzy obu jego płatami. Przeciwnie zaś, jeżeli zanik jądra wypadnie w okresie rozwoju, jego wpływ na wielkość gruczołu będzie daleko wybitniejszy.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału położniczego szpitala sw. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

W sprawie pielęgnowania noworodków

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński

asystent szkoły położnych w Krakowie.

Opieka nad noworodkami i sposób ich pielęgnowania do niedawnych jeszcze czasów spoczywał wyłącznie w rękach osób niepowołanych, bez najmniejszego niemal nadzoru ze strony lekarza. Dopiero gdy liczby statystyczne wykazały nadzwyczajnie wysoki odsetek śmiertelności noworodków w pierwszych tygodniach życia, zaczęto więcej zajmować się chorobami, właściwemi temu wiekowi, a równocześnie zwrócono baczniejszą uwagę i na sposoby pielęgnowania.

Obecnie mamy już pokaźny szereg prac, zajmujących się tym przedmiotem, a zwłaszcza dwoma najważniejszemi zadaniami, to jest sprawą karmienia i sposobem postępowania z resztką pępowiny.

Podczas, gdy sprawa karmienia cieszy się najzupełniejsza zgodnością zdań, a mianowicie co do przekonania, że najodpowiedniejszym jest pokarm matki a dopiero w drugim rzędzie — stósownej mamki i tylko w braku jego należy stósować karmienie sztuczne, to co do drugiej kwestyi zdania są jeszcze podzielone i bardzo od siebie różne. — Natomiast uwagi, nie zbyt wiele jak dotychczas, zwraca się na sposób podawania pokarmu noworodkom, pozostawiając tę czynność uznaniu otoczenia, niemającego zazwyczaj w tym względzie odpowiedniego doświadczenia. —

Przedewszystkiem z reguły za długo pozostają noworodki bez pokarmu. Po największej części bowiem rzeczywiste karmienie noworodka rozpoczyna się dopiero w trzecim a nawet w czwartym lub piątym dniu życia z przyczyny, że w tym właśnie czasie gruczoły mleczne zaczynają dopiero obficiej pokarm wydzielać i wtedy dopiero zapadać zwykło postanowienie w rodzinie, czy matka sama będzie karmić, czy też mamka, lub też zastósowane będzie karmienie sztuczne.

Tymczasem noworodek w pierwszych chwilach życia potrzebuje jak najstaranniejszej opieki i odpowiedniego pokarmu; wiemy bowiem, że z chwilą porodu nagła zmiana warunków życia i potrzeba przystósowania się do nich, sprowadza tak znaczne zapotrzebowania, że równowaga w ekonomii młodego ustroju chwilowo zostaje zniesiona. Dowodem tego są spostrzeżenia Lépinea[1]), że po porodzie ciepłota noworodka znacznie się obniża w pierwszych godzinach i wraca do normy zwykle dopiero po 24-ch godzinach; dalej badania, jakie w tym kierunku robił Fehling[1]), który również stwierdził stałe obniżanie się ciepłoty po porodzie; jednak już po 10 lub 12 godzinach znachodził on zwykle ciepłotę prawidłową; a wreszcie spostrzeżenia Prouffa[2]) który, mierząc ciepłotę w odbytnicy noworodków, znalazł, że zaraz po porodzie ciepłota z 37° C. spada i to niekiedy u słabo rozwiniętych noworodków nawet do 35° C.

To obniżenie ciepłoty zazwyczaj występuje w ten sposób, że mniej więcej co 15 minut opada ona o 1° C.; po kilku godzinach powoli się podnosi, i po pewnym czasie, zależnie od warunków zewnętrznych, np. ciepłoty otoczenia, utrudnionego lub ułatwionego przewiewu powierzchni ciała noworodka, wraca ona do prawidłowej, a nawet jest nieco wyższą.

Zanim noworodek zostanie przystawionym do piersi, lub otrzyma odpowiedni pokarm sztuczny, według powszechnie przyjętego z dawien dawna zwyczaju, dostaje w razie dopominania się o pokarm, nieco naparu ślazu, rumianku, lub też innej herbatki. Tego rodzaju postępowania karmieniem nazwać nie można, albowiem herbatki takie zawierają chyba bardzo mało części pożywnych. Jeżeli jeszcze napar taki bywa podawany w miarę i nie jest mocno słodzony, to przynajmniej nie wiele szkodzi; gdy zaś będzie podanym w większej ilości lub też zbyt suto osłodzony cukrem, to sprowadza bardzo często zaburzenia w przewodzie pokarmowym, zanim jeszcze karmienie się rozpocznie.

Nie otrzymując zatem w pierwszych chwilach życia żadnego pożywienia, żyje niemowlęcy ustrój początkowo kosztem swoich tkanek, czego dowodem ubytek na ciężarze ciała spostrzegany stale przez wszystkich prawie autorów w pierwszych kilku dniach życia. Ubytek ten ciężaru, mniejszy lub większy, zależnie od okoliczności, zostaje po pewnym czasie wyrównanym, i mniej więcej około 7-go dnia, waga ciała równa się ciężarowi pierwotnemu, bezpośrednio po urodzeniu. Wielkość ubytku na wadze bywa bardzo zmienną; według jednych waha się od 4—160 gramów, według innych zaś jest znacznie wyższą, bo wynosi od 100 do 450 gramów. Szendeffy[3]) stwierdził ubytek na ciężarze u wszystkich bez wyjątku, przez siebie spostrzeganych noworodków i to najmniej 10 grm., najwyżej zaś 270 gr. Haake[4]) zaś podaje, że wielkość ubytku na wadze wynosi przeciętnie $^1/_{16}$ część ciężaru ciała noworodka; jest to ubytek stosunkowo bardzo wielki, jeżeli zwrócimy uwagę na doświadczenia, jakie na zwierzętach robił Chaussate[5]); doświadczenia te wykazały, że po utracie $^1/_5$ części ciężaru ciała następuje śmierć z zagłodzenia. Tylko w niewielkiej liczbie przypadków utrata ciężaru u noworodków jest nieznaczną i bardzo szybko zostaje wyrównaną; tak np. Wolff[6]) stwierdził przybytek na ciężarze tylko w 9% wszystkich

[1]) Lépine. Handbuch der Kinderkrankheiten von Gerhardt 1882 I Bd. II Abt. str. 35.

[1]) Fehling. Archiv. f. Gynäk. Bd. VI. Heft 3.

[2]) Prouff. Bulletin et mémoires de la société de chirurgie. 1879. Tome V.

[3]) Szendeffy. Über die Gewichtsverhältnisse der gesunden Neugeborenen. Ungar. Archiv. f. Medic. Wiesbaden. Bd. II 1893.

[4]) Haake. Handbuch der Kinderkrankheiten v. Gerhardt 1882. Bd. I. Abh. II. str. 43.

[5]) Chaussate. Handbuch der Kinderkrankheiten v. Gerhardt 1882 Bd. I. Abh. II. str. 45.

[6]) Wolff Über die Gewichtsverhältnisse der Neugeborenen. In. Diss. München 1883.

przez siebie obserwowanych noworodków już w trzecim dniu po urodzeniu.

Spostrzeżenia Schaeffera[1]) wykazały, że tylko $14^1/_2\%$ noworodków osiąga w 7 dniu wagę, równą ciężarowi pierwotnemu, lub nieco wyższą; w $44^1/_2\%$ przypadków zaś ciężar ciała jeszcze w 14-tym dniu jest mniejszy od ciężaru pierwotnego. Ubytek ciężaru noworodków i to dość znaczny w pierwszych chwilach życia jest zatem rzeczą niewątpliwie stwierdzoną.

Doświadczenia Kehrera[2]), wykonane na zwierzętach ssących, wykazały, że i u nich występuje ubytek ciężaru w pierwszych kilku godzinach; jednak okres ten trwa bardzo krótko tak, że już po 24. godzinach można stwierdzić prawie zawsze przybytek na ciężarze. Dwie są główne przyczyny tej wielkiej różnicy w zachowaniu się ciężaru niemowląt w porównaniu z noworodkami zwierząt ssących, jak to Kehrer wyraźnie zaznaczył, a mianowicie bardzo znaczne nagromadzenie się siary w gruczołach mlecznych zwierząt ssących już podczas porodu, w porównaniu ze zdolnością wydzielniczą sutków kobiecych, a następnie odmienne warunki i zachowanie się młodego zwierzęcia w porównaniu z nowonarodzonem dzieckiem. Młode bowiem ssawce bardzo często już w pierwszej godzinie ssą pełną pierś matki, podczas gdy nowonarodzone dziecko w przeważnej liczbie przypadków jeszcze po 24 godzinach zaledwie parę kropel z trudem ze sutek matki wydobędzie. Dlatego radzi Kehrer zwracać więcej uwagi na żywienie kobiet ciężarnych i na pielęgnowanie sutków, w celu zwiększenia czynności wydzielniczej gruczołów mlecznych, aniżeli to dotychczas powszechnie się dzieje.

Ponieważ doświadczenie poucza, że coraz większy odsetek matek nie jest zdolny do karmienia swego dziecka, że zwłaszcza w większych miastach, z powodu nieodpowiednich warunków i sposobu życia kobiet, gruczoły mleczne osób ciężarnych w poważnej liczbie przypadków nie zostają dostatecznie pobudzone i przygotowane do pełnienia swej czynności, rada Kehrera nabiera praktycznego znaczenia. A zatem u osób ciężarnych, u których gruczoły mleczne nie są dostatecznie rozwinięte i pobudzone, — dalej, u których po porodzie na podstawie doświadczenia nie można się spodziewać dostatecznej ilości pokarmu, należałoby moim zdaniem, przynajmniej w końcu ciąży stósować postępowanie, mające na celu pobudzenie czynności wydzielniczej gruczołów mlecznych. W tym celu należy stósować odpowiednią dyetę posilną dla wzmocnienia całego ustroju, starać się przygotować odpowiednio brodawki, i zrobić je chwytnemi, a przez drażnienie sutków, już to przez odpowiednio stósowane miesienie gruczołów, już też przez drażnienie brodawek, pobudzić gruczoły do rozrostu i większej czynności. W kilka zaś godzin po porodzie, należy zaraz zacząć przystawiać noworodka do piersi matki i to często, co najmniej co dwie godziny, gdyż przez ssanie najlepiej zostają gruczoły pobudzone, a wydzielanie pokarmu u osób takich wcześniej się rozpocznie. W razie zaś gdy matka sama karmić nie może, należy wcześnie wyszukać odpowiednią mamkę, lub też przygotować pokarm sztuczny tak, aby rzeczywiste karmienie noworodka zaraz po urodzeniu rozpocząć się mogło.

W ostatnich czasach polecił Drews[1]) stósowanie somatozy u osób karmiących, w celu zwiększenia czynności wydzielniczej gruczołów mlecznych, następnie Liebe[2]) opisał jeden, a Lutand[3]). kilka przypadków, w których, po podawaniu somatozy nastąpiło obfitsze wydzielanie się pokarmu. W celu doświadczenia stósowałem również somatozę u kilku matek, u których wydzielanie pokarmu było bardzo skąpe i przekonałem się, że rzeczywiście już po dwóch dniach podawania tej pożywki w ilości 2—3 grm. trzy razy dziennie, ilość pokarmu znacznie się zwiększyła. Podawałem dalej somatozę kilku kobietom ciężarnym bezpośrednio na kilka dni przed porodem i przekonałem się, że już, z chwilą porodu, u osób tych gruczoły mleczne obficie wydzielały pokarm tak, że prawie bezpośrednio po porodzie noworodki przystawione do piersi, łatwo głód zaspakajały. Gdyby zatem zastósowanie odpowiedniej posilnej dyety i drażnienie sutków w końcu ciąży nie odniosło pożądanego skutku, należałoby w takich przypadkach podawać w ostatnich dniach ciąży niewielkie dawki somatozy i tym sposobem starać się uzyskać bezpośrednio po porodzie odpowiednią ilość pokarmu dla noworodka.

W niektórych zaś przypadkach można będzie, jak sądzę, zastósować z korzyścią postępowanie, mające na celu zwiększenie czynności gruczołów mlecznych przez zabiegi miejscowe, obok równoczesnego podawania somatozy. — Po kilku dniach, gdy sutki zaczną wydzielać więcej pokarmu, popełnia się błąd w innym kierunku, a mianowicie, dostają noworodki przeważnie za wiele naraz pokarmu i w nieregularnych odstępach czasu. Często stwierdzić można, że noworodki prawie ciągle przy piersi leżą i ssą bardzo długo, zasypiając w przerwach, a podczas tego, od czasu do czasu, zwracają pokarm. Takie ciągłe wypełnianie żołądka może sprowadzić upośledzenie jego sprawności mechanicznej z następową rozstrzenią, a dalej, skutkiem ciągłego przechodzenia pokarmu przez jamę ust, pokarm ten może zalegać w zaułkach i pomiędzy fałdami, ulegając łatwo kiśnieniu. Kiśnienie takie w jamie ustnej nie jest wcale dla noworodka obojętne, gdyż może sprowadzić poważne zaburzenia w chemizmie trawienia, a dalej wiemy, że sprzyja bardzo rozwojowi pleśniawek, choroby tak częstej w pierwszych tygodniach życia.

Z tych zatem powodów radzą po każdem ssaniu, dla usuwania resztek pokarmów z jamy ustnej noworodków, wymywać im usta płatkiem płótna, zamaczanym w 2% do 3% roczynie wodnym kwasu borowego. Jednak w ostatnich czasach zwrócono uwagę na niewłaściwość takiego szablonowego wymywania, a to z powodu, iż przy tej czynności bardzo łatwo ulega obrażeniu przybłonek jamy ustnej. Wymywanie takie u zdrowych, dobrze rozwiniętych noworodków, jest moim zdaniem rzeczą niepotrzebną, jeżeli tylko zwrócimy większą uwagę na karmienie. Jeżeli bowiem nie pozwolimy, aby noworodek zbyt długo ssał i wśród tego zasypiał, lecz po zaspokojeniu głodu, zaraz od piersi był odstawiany, to, po wyjęciu brodawki z jamy ustnej, wykona on zawsze jeszcze kilka silnych ruchów połykowych, przyczem resztkę pokarmu, wraz ze śliną, połknie, a wtedy, jak to na większej liczbie przypadków stwierdzić mogłem, nie ma mowy o zaleganiu pokarmu i wszelkie usuwanie resztek

[1]) Schaeffer. Arhiw. f. Gynak. Bd. LII.
[2]) Kehrer. Über die Ursachen der Gewichtsveränderungen Neugeborener.

[1]) Drews. Wiener med. Presse Nr. 33 — 1896.
[2]) Liebe. Kinderazt 1897 Heft. 86.
[3]) Lutand. Journal de Médecine de Paris 1897. Nr. 15.

pokarmu, jest stanowczo zbytecznem. Odnosi się to jednak tylko do noworodków dobrze rozwiniętych, donoszonych i zdrowych. U noworodków słabo rozwiniętych, niedonoszonych lub chorych, można często pomimo tego stwierdzić zaleganie pokarmu i w takich przypadkach wymywanie jamy ustnej odpowiednio wykonywane może być z korzyścią stósowane.

Z tych zatem powodów należy od początku przystawiać noworodki do piersi często, lecz w pewnych regularnych odstępach czasu, mniej więcej co dwie godziny w dzień, a co trzy w nocy i po zaspokojeniu pierwszego głodu zaraz je od piersi odstawiać. W razie potrzeby, a zwłaszcza niedonoszone lub słabo rozwinięte noworodki, należy co dwie godziny budzić i podawać pierś.

Nie należy zaś bezwarunkowo pozostawiać noworodka bez pokarmu przez czas dłuższy, np. kilka godzin z rzędu tak jak to się obecnie z reguły dzieje, a następnie pozwalać mu ssać bardzo długo i zasypiać w przerwach przy piersi.

Do takiego regularnego karmienia prędko się noworodek przyzwyczaja i zazwyczaj w przeciągu 10, a najwięcej 15 minut, kilkodniowy noworodek zaspokaja głód w zupełności, jeżeli sutki matki lub mamki mniej więcej wydzielają prawidłową ilość pokarmu. Niedonoszone lub słabo rozwinięte noworodki należy wśród karmienia, w razie potrzeby, drażnić i pobudzać do ssania i nie pozwalać bezczynnie leżeć przy piersi z brodawką w ustach. Obok tego należy oczywiście zwracać baczną uwagę na stan ogólny matki lub mamki, gdyż, jak to spostrzeżenia ogłoszone przez Budina[1]) wykazały, już nieznaczne zaburzenia w zdrowiu mamki wpływają niekorzystnie na oseska, wywołując przypadłości ze strony przewodu pokarmowego i stały ubytek ciężaru ciała.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Lecznicze działanie ichtyolu w nieżytowem zapaleniu błony śluzowej krtani.

Podał

Dr. Stanisław Cięglewicz w Jaśle.

Celem niniejszej rozprawy jest chęć zwrócenia uwagi Szan. Kolegów na działanie ichtyolu w ostrym nieżycie krtani. Po raz pierwszy zastósowałem ichtyol przed dwoma laty w przypadku nieżytowego zapalenia krtani, trwającego już przeszło 3 tygodnie. Cechowało go zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej więzadeł głosowych, chrypka, tudzież uporczywy, prawie kurczowy kaszel, szczególniej w nocy. Leczenie, zwykle polecanymi przeciw tej sprawie środkami, było zupełnie bezskuteczne; owszem choroba rzec można z dnia na dzień się pogarszała, w szczególności wdychiwanie roztworów cynkowych, garbnikowych, soli kuchennej, kolejno stósowane, dawały zupełnie ujemny wynik. Z konieczności więc szukałem innego leku, skuteczniejszego i zwróciłem się w końcu do ichtyolu. Na myśl o tym środku naprowadziła mię rozprawka lekarza pułkowego, Dra Herza z Pilzna, ogłoszona w *Wiener med. Wochenschrift* z r. 1893 Nr. 2, a zreferowana w *Terapeut. Monatshefte* z r. 1893 str. 236. Opisuje tam Dr. H., iż w pilzneńskim szpitalu wojskowym leczył wszystkie ciężkie przypadki zapalenia gardła (cechujące się mianowicie bolesnem obrzmieniem błony śluzowej gardła i migdałków z utrudnieniem połykania) płukaniem 2—3% ichtyolu. Dodatnie działanie tego lekowania miało być widoczne już po 24 godzinach, obrzmienie ustępowało, pacyenci zaczynali znowu przełykać, ból widocznie znikał. Dr. H. zaznacza, że tylko ciężkie przypadki dostawały się do szpitala, lżej bowiem chorych żołnierzy nie oddawano do szpitalnego leczenia. Pacyenci robili płókania dobrze, a do nieprzyjemnego smaku i zapachu ichtyolu przyzwyczajali się bardzo prędko, płókanie nie drażniło wcale błony śluzowej gardła. W obec tych danych, a zwłaszcza wobec znanej własności ichtyolu kojenia bólu miejscowego i działania zwężającego naczynia krwionośne, poleciłem wyżej wspomnianemu pacyentowi wdechiwanie rozpylonego 2% ichtyolu (zimnego). Do tego celu użyto rozpylacza Richardsohna, działającego w pewnej (około 10 ctm.) odległości przed otwartemi ustami przy dobrze wystawionym języku a głowie lekko pochylonej (ażeby nadmiar gromadzącego się w ustach rozpylonego roztworu mógł ztamtąd zaraz ściekać). Wdechiwanie polecono robić raz lub 2 razy dziennie (stósownie do stanu chorobowego). Akt wdechania polecono robić spokojnie, nie bardzo głęboko, gdyż zbyt głębokie wdechy łatwo mogłyby spowodować nudności, a nawet wymioty. Każdorazowy akt wdychiwania trwał 3—5 minut, poczem pacyent miał unikać głośniejszej rozmowy przez $^1/_2$—1 godziny. Wynik tego leczenia przeszedł wszelkie oczekiwania, gdyż sprawa od pierwszej chwili stanowczo się zwróciła na dobre tory. Męczący kaszel ustał prawie odrazu, a dodaję tutaj z naciskiem, że do mającego się wdychiwać roztworu ichtyolu nie dodano żadnego narkotyku. Równocześnie i chrypka poczęła się zmniejszać, a pacyent z każdym dniem czuł się widocznie lepiej, w krótkim też stosunkowo czasie odzyskał zupełne zdrowie.

Zachęcony tem powodzeniem, stósowałem odtąd ichtyol bardzo często w odpowiednich przypadkach, a zawsze z najlepszym skutkiem tak, że o jego błogiem w tych razach działaniu wyrobiłem sobie już stanowcze zdanie. Działanie to jest nietylko gojące, lecz rzeczywiście i kojące: pacyentowi kaszlącemu w nocy z powodu sprawy nieżytowej w krtani, poleciłem, oprócz zwykłego wdychiwania zrobić 2 razy dziennie kilka wdechów z rozpylonego ichtyolu wtenczas, gdy go ciężki uparty kaszel obudzi w nocy; — wpływ był doraźny, gdyż kaszel ustał i reszta nocy już była spokojną.

Swoją drogą pacyenci winni przez czas trwania choroby zachować zwykłą, w tym razie zalecaną, higienę: nie palić, unikać zaziębienia, mówić jak najmniej, przedewszystkiem zaś wystrzegać się rozmowy w nocy na wolnem powietrzu.

Spostrzeżenia moje co do leczenia ichtyolem nieżytowego zapalenia krtani odnoszą się nie tylko do dorosłych; stosowałem je kilka razy i u dzieci w wrzekomym dławcu z dodatnim skutkiem, nawet już po 1—2 razowem wziewaniu, a dwa razy w dłużej trwającej chrypce nieżytowej. Wreszcie dodaję, że wszyscy pacyenci, nie wyjmując dzieci, znosili te wdychiwania bardzo dobrze; do zapachu i smaku przyzwyczajali się nader łatwo i szybko. Dla dokładności dodaję, że niezauważyłem żadnych złych skutków ubocz-

---

[1]) Budin. L'obstetrique 1896 Nr. 4.

nych przy wdychiwaniu tego środka ze strony przewodu oddechowego; ponieważ zaś ichtyol podaje się już od dawna wewnętrznie, zatem wzmiankę o przewodzie pokarmowym uważam za zupełnie zbyteczną. —

Zaprzyjaźniony ze mną prymaryusz szpitala tutejszego, Dr. Macudziński, którego uwagę zwróciłem na dzielne działanie ichtyolu w nieżytowem zapaleniu krtani, rozporządza także pokaźną kazuistyką dodatnich wyników w tym kierunku. —

Sądzę, że spostrzeżenia powyższe zasługują na szerszą uwagę kolegów-praktyków. Dotychczas o ile mi z dostępnej literatury wiadomo, nikt ichtyolu w tym celu nie używał, ani nie polecał; a przecież może to być rzecz w danym razie pożyteczna. — Nie chcę tutaj twierdzić, że w każdym przypadku upartego nieżytu krtani musi ichtyol pomódz na zawołanie, bo i tak pewny lek jak chinina nie zawsze skutkuje w zimnicy; tyle jednakże zapewnić mogę, że w przypadkach przezemnie spostrzeganych ichtyol ani razu nie zawiódł. Ten dobry wynik skłania mnie do ogłoszenia niniejszej rozprawki, celem zachęcenia Szan. kolegów do przedsięwzięcia doświadczeń z ichtyolem w stósownych przypadkach.

IV. Oceny i sprawozdania.

Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie. Wydane przez Doc. Dra Hauga w Monachium. Gustav Fischer. Jena. II Tom.

(Dokończenie).

Zeszyt 6. Dr. R. Dreyfuss (Strassburg): *Ueber die Verwertung der Pharyngo-Laryngoskopie in der Diagnostik der Erkrankungen des Centralnervensystems.*

Neuropatologia gardła i krtani stanowi dotychczas pole, leżące ugorem. W celu opracowania tego przedmiotu, postanowił Dr. Dreyfuss wyzyskać badania gardła i krtani. Przedstawia on dokładnie obrazy wziernikowe tych narządów, jak się odźwierciadlają w różnych zaburzeniach czucia i ruchomości tak błony śluz., jak i mięśni tych części, podaje zboczenia czynnościowe, ztąd wynikające i zmiany chorobowe i organiczne w nerwach i ośrodkach, na których te obrazy i zboczenia polegają. —

Porażenia m. pierścienio-tarczykowego spostrzegano zawsze tylko jako obwodowe; jednak możliwość ośrodkowego pochodzenia tego porażenia, nie jest zdaniem autora wykluczoną.

Z tej okoliczności, że możemy świadomie i dowolnie skurczyć ten mięsień, wysnuwa autor wniosek, którego dotychczas żaden z badaczów nie podziela, mianowicie, że rozwieracze głośni zostają unerwione nie wyłącznie z rdzenia przedłużonego, lecz również i z kory mózgowej. Tor nerwowy, przebiegający od kory mózgowej do jądra n. błędnego, dodatkowego (Vagus-Accessorius) pośredniczy w dowolnym skurczu tego mięśnia.

Dwoma przytoczonymi przypadkami, przedstawiającymi obrazy porażenia mm. przywodzących krtani, przy nietkniętych mm. odwodzących w przypadku porażenia opuszkowego, ilustruje autor pozorny wyjątek z prawidła Rosenbach-Semona, według którego, w chorobach pnia lub jąder n. n. błędno-dodatkowych zostają pierwej porażone i zanikłe mm. odwodzące, a dopiero później reszta mm. krtaniowych.

Rozprawa ta pisana z gruntowną znajomością rzeczy, jasno i przekonywająco, przyczyni się bezwątpienia do sprostowania i uzupełnienia naszych wiadomości o unerwieniu krtani i gardła i o zależności pewnych ich cierpień i nieprawidłowego mechanizmu ich czynności od zmian ośrodkowych; wiadomości, które do tej pory, mimo mnóstwa badań i doświadczeń anatomicznych, fizyologicznych i patologicznych, przedstawiają jeszcze dość luk i nierozwiązanych zagadnień.

Zeszyt 7. Prof. Hessler (Halle): *Der Einfluss des Klima u. der Witterung auf die Entstehung, Verbreitung und Heilung von Ohr-Nasen und Rachenkrankheiten.*

Na podstawie statystyki badań i spostrzeżeń praktycznych, z rozległem uwzględnieniem literatury, roztrząsa H. wpływy klimatu i powietrza na człowieka zdrowego i chorego. Na wstępie określa on pojęcie klimatu i powietrza, szczegółowo omawia składające je czynniki, jak atmosferyczne ciśnienie, ciepłotę, stan wilgotności powietrza, stopień zachmurzenia, spadki atmosferyczne, kierunek wiatrów itp., według używanych w meteorologii oznaczeń. Następnie objaśnia ich wpływ na śmiertelność i chorobliwość wogóle i na powstawanie chorób gardła, nosa i ucha w szczególności; dochodzi on do wniosku, że zaziębienie jest bezwątpienia przyczyną choroby, o ile ułatwia wtargnięcie drobnoustrojów z powietrza, i różnych ujść ustroju, prawie zawsze tu obecnych i sprzyja rozwojowi chorobotwórczej działalności bakteryj przez obniżenie odporności nawiedzonego ustroju. W 2-giej części pracy wykłada autor o zapobiegawczem działaniu powietrza, mianowicie czystego i świeżego, oraz wczesnego leczenia chorób nosa i gardła na cierpienia uszne, a w 3-cim rozdziale wskazuje na lecznicze działanie klimatu morskiego, górskiego, leśnego, kąpieli morskich, jakoteż tak zw. klimatu sztucznego (w pomieszkaniu, w łóżku etc.) na wspomniane choroby. W dodatku omawia H. jeszcze wpływy różnych jakości gruntu, szczególnie powietrza i wody w nim zawartej na powstawanie i szerzenie się chorób zakaźnych.

Praca ta jest doniosłej wartości naukowej, a jeżeli w niej ściśle ramy tematu nieraz zostały przekroczone, to chyba to może tylko przyczynić się do podniesienia jej praktycznego i pouczającego znaczenia. *Spira.*

V. Wyciągi.

Casper: **O niektórych własnościach i wskazaniach urotropiny.** (*Dtsch. med. Woch. Ther. Beil.*, 1897, Nr. 10). Według doświadczeń autora urotropina wcale nie zwiększa zdolności moczu do rozpuszczania kw. moczowego, co zgadza się także ze spostrzeżeniami klinicznemi, gdyż podawanie tego środka przy złogach kw. moczowego zupełnie jest bezskutecznem. Przy tej sposobności poleca autor gorąco przeciw morzysku nerkowemu glicerynę w ilości 50,0—150,0.

Zadziwiający skutek po urotropinie (1,0—2,0 dziennie) zauważył autor przy fosfaturyi. Rozumieć należy przez to strącanie się w moczu soli fosforowych niezależne od przyjmowania odpowiednich pokarmów, ani od zapalenia pęcherza i kiśnienia amoniakalnego.

Także przy zapaleniach pęcherza i miedniczek nerkowych (dawka do 4,0 na dzień) wpływ był nadzwyczaj korzystny, mianowicie co do zmniejszenia ropienia. W niektórych wypadkach usunęła nawet urotropina kiśnienie amoniakalne.

Mianowicie w tych razach, gdzie na tle zapalenia pęcherza, szczególnie u starszych ludzi przychodzi do ogólnego zatrucia (ogólne osłabienie, brak łaknienia, pragnienie, gorączka), urotropina jest środkiem nieocenionym.

Wskazaniem do jej podawania byłyby wreszcie operacye na narządzie moczowym, przy których chodzi o utrzymanie moczu w stanie bezgnilnym. *Lewkowicz.*

Dr. O. Wolff: **Przyczynki do wypiłowywania stawów gruźliczych.** (*Deut. Ztschrft f. Chir.* XLV). Pobieżnie tylko napomknąwszy o leczeniu nieoperacyjnem gruźlicy stawów, przystępuje autor wprost do opisu metod, używanych przez Bardenheuera przy postępowaniu operacyjnem, przy-

czem wspomina o wielu nowych szczegółach, tyczących się czy to samej operacyi, czy też leczenia następowego, szczegółach często dobrych, zasługujących na to, by znalazły naśladowców.

Wychodząc z zasady (zresztą nie nowej, bo zawsze uznawanej i przestrzeganej w klinice Prof. Rydygiera), że gruźlica w stawie, to nowotwór zjadliwy, operuje, bacząc w pierwszej linii na to, aby wydalić z ustroju wszystko, co choćby w dalekiem polu o gruźlicę podejrzywać można, a dopiero w drugiej linii troszczy się o późniejszą funkcyę. Że zasada dobra, najlepiej poucza obfita w dobre wyniki kazuistyka własna. Nawet daleko posunięte zmiany gruźlicze w narządach wewnętrznych nie stanowią przeciwwskazania dla tego rodzaju postępowania. Nie pojedyncze to spostrzeżenie pouczyło, że po usunięciu ogniska „gruźlicy chirurgicznej", zmiany w płucach, a co ważniejsza, stan ogólny chorych, znacznej ulegał zmianie na korzyść. By nie popaść w sprzeczność z pierwszą częścią zasady, używa cięć przeważnie poprzecznych, i to tak na kończynach górnych, jak i dolnych. Bo tylko z takich cięć można dokładnie powierzchnie stawowe wywichnąć na zewnątrz i operować z całą świadomością zadania. Staranie się o to, aby rana pooperacyjna zgoiła się przez rychłozrost, nie mało też przyczynia się do osiągnięcia wyników dobrych. Aby temu wskazaniu zadość uczynić, potrzeba operować w polu jałowem, i, po wycięciu stawu, jam nie pozostawiać. Zdarza się często, że przez otwarte przetoki wtargną do stawu łańcuszkowce, gronkowce etc. W takich przypadkach nie pomogą i konwiami lane środki przeciwgnilne; nie potrafią one w stopniu pożądanym, t. j. bezwzględnie, wyjałowić powstałej jamy. Jedno tylko pozostaje wyjście w podobnych razach wypiłowanie stawu, postępując ciągle zewnątrz torebki. Używał Bardenheuer sposobu tego, już dawniej podanego, i z dobrym wynikiem, jak mówią liczby w rozprawie przytoczone. Przy tem wszystkiem pamięta jednak i o późniejszej funkcyi danego stawu. By ta była najlepszą stara się B. o to, aby odpiłowane kości jak najszerszemi powierzchniami się stykały, i aby w początku leczenia po sobie się nie przesuwały. Czasem po odpiłowaniu kości prostopadle do jej długiej osi, zbyt małe otrzymujemy powierzchnie. B. zwiększa je sztucznie, wycinając klinowato, czy to w znaczeniu dodatniem, czy ujemnem. Nadane zaś położenie ustala zazwyczaj gwoździami i opatrunkiem gipsowym. Po tych ogólnych uwagach przystępujemy do opisu metod, używanych na poszczególnych stawach.

I S t a w b a r k o w y. Staw ten wypiłowuje B. z cięcia poprzecznego, poprowadzonego od wyrostka kruczego (p. c. coracoideus) prostopadle w górę, przez wyniosłość ramienia, do tylnego brzegu szczytu łopatki (acromion), a stąd przez grzebień łopatki jeszcze 1—2 ctmtr. na dół. Przepiłowuje poprzecznie szczyt łopatki (acromion) i resekuje go, przez co usuwa jednę z przyczyn, które upośledzają późniejsze unoszenie ramienia. Teraz, zależnie od warunków, wypiłowuje staw, albo zewnątrz, albo śródtorebkowo. Po odpiłowaniu powierzchni stawowych, odprowadza ramię aż do linii prostopadłej do długiej osi ciała, położenie to ustala dwoma gwoździami i ranę zaszywa i zakłada opatrunek gipsowy. Po 6—8 tygodniach osiąga zupełne wyleczenie z dobrą ruchomością, która jest lepszą wówczas, gdy się uda sprowadzić silny włóknisty zrost między łopatką, a kością ramieniową, gorszą zaś, gdy nastąpi zrost kostny. W przypadkach, w których trzeba było odpiłować znaczną część kości ramieniowej, sztukował ją B. listewką, utworzoną z grzebienia łopatki.

II S t a w ł o k c i o w y: Do całkowitej resekcyi, a taką zazwyczaj wykonuje, używa B. cięcia poprzecznego grzbietowego, przebiegającego ponad stawem. Po odpiłowaniu powierzchni stawowych, wycina z dolnego końca kości ramieniowej klin, w który wkłada odpowiednio przyciętą kość łokciową. Przedramię zgina pod kątem prostym i przez zaklinowane w siebie: kość ramieniowa i łokciową przebija gwóźdź, lub przeprowadza drut srebrny. Kość zaś promieniową u góry odpiłowuje na dłuższej przestrzeni niż łokciową, i powierzchnię odpiłowaną przykrywa płatkiem z mięśnia. Tem postępowaniem zapobiega z jednej strony zrostom kości promieniowej i łokciowej, przez co ucierpiałyby później ruchy pro- i supinacyjne, z drugiej zaś strony nie mogą się wytworzyć zrosty kości ramieniowej z promieniową, któreby utrudniały zginanie i wyprostowywanie ramienia.

III S t a w n a d g a r s t k o w y: W przypadkach, w których istnieje wskazanie do wypiłowania tego stawu, postępuje B. ściśle wedle zasad ogólnych, w niczem nie czyniąc wyjątku. Posługuje się cięciem grzbietowem poprzecznem lub podłużnem, zależnie od tego, czy znajdują się przetoki, czy też nie. Po wyjęciu zajętych kości nadgarstka (tylko kość wielokątna wielka (os multangalum maius) cieszy się pewną protekcyą B., gdyż stara się ją, w miarę możności, zachować ze względu na późniejszą czynność kciuka), wycina z kości przedramienia klin ujemny. Szczyt przypada w szczelinę śródkostną. Z kości zaś śródręcza II, III i IV wypiłowuje klin dodatni, który wsuwa w poprzedni. Z kolei następuje wbijanie gwoździ i jeden przymocowuje kość śródręcza II lub III, do kości promieniowej, drugi łączy kości śródręcza IV wzgl. V z kością łokciową. Dla kciuka gwóźdź osobny. Odświeża powierzchnię zewnętrzną kości promieniowej i do niej przybija również okrwawioną kość wielokątną mniejszą (os multangulum maius), lub gdy jej niema, okrwawioną podstawę śródręcza palca wielkiego (pollicis). Rękę ustala w lekkiem zgięciu ku grzbietowi.

IV Krócej rozprawia się autor ze s t a w a m i k o ń c z y n d o l n y c h. Z przyczyn, jakie już wyłuszczył Rydygier w odczycie: „O gruźlicy stawów", używa B. wyłącznie cięć poprzecznych. Z cięcia poprzecznego (dawno już przez Rydygiera zalecanego) wypiłowuje staw biodrowy, nie oszczędzając wcale panewki. Przecięte części miękkie zeszywa kilkurzędowym szwem. A że i staw skokowy najlepiej przejrzeć po poprzecznem otwarciu, to rzecz powszechnie i dobrze znana. Nie znachodzimy wzmianki w rozprawie, jaką metodą posługuje się B. przy resekcyi stawu kolanowego.

Herman.

E s c h e r i c h: **O swoistych drobnoustrojach, wywołujących biegunkę u osesków (Streptococcen enteritis).** (*Wien. klin. Wchft.*, Nr. 42, 1897). W podziale chorób przewodu pokarmowego u dzieci napotyka się dotąd na znaczne trudności. Mimo licznych poszukiwań, nie mamy dotąd dostatecznych podstaw ani w wyniku badań bakteryologicznych kału, ani zmian anatomicznych pośmiertnych ściany jelita, do odróżnienia postaci, które klinicznie znacznie się od siebie różnią. I tak n. p. wiadomo jest klinicystom, że obok znacznej liczby przypadków zwykłych, polegających na niestrawności, znachodzą się także przypadki niewątpliwie na tle zakaźnem występujące, a mimo to dotychczas nie był znanym swoisty drobnoustrój. Odpowiednim sposobem barwienia udało się E. wyhodować pewną odmianę paciorkowca, który z największem prawdopodobieństwem jest przyczyną tych postaci chorób przewodu pokarmowego, które kończą się zakażeniem ogólnem. Postać ta rozpoczyna się gorączką, odznacza się stolcami krwaworopiastymi, przyczem brzuch jest zapadły. W 4 podobnych przypadkach stwierdzono za życia wyżej wspomniany paciorkowiec we krwi i w moczu, po śmierci zaś we wszystkich narządach, obficie także w gruczołach i naczyniach chłonnych.

Paciorkowiec opisany przez E. (Streptococcus enteritidis) tworzy łańcuszki, poszczególne członki bywają przypłaszczone, nie barwi się według metody Grama, w hodowli podobny jest do pneumokoka Frankel Weichselbauma. Badaniami na zwierzętach wykazano, że jest on chorobotwórczy tak przez podskórne zastrzyknięcie jak też podawany wewnętrznie. *Doc. Raczyński.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne d. 1 Grudnia 1897.

Przewodniczący: kol. Surzycki. — Obecnych 35; Prezes wita jako gości Prof. Trochanowskiego i p. Krynickiego właściciela Żegiestowa.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Bossowski przedstawia: a) chłopca z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika, liczącego lat 7, który w sierpniu b. r., skutkiem przejechania, doznał złamania miednicy w okolicy łuku łonowego i przywieziony został 3-go dnia po obrażeniu do szpitala z zatrzymaniem moczu i objawami septycznymi. Skoro próby wprowadzenia cewnika do pęcherza nie powiodły się również i w narkozie, wykonał kol. Bossowski cięcie na międzykroczu i napotkał tu jamę wypełnioną cieczą krwawą, moczem cuchnącą i strzępami zmiażdżonych tkanek, w jamie tej jednak niemożliwem było odszukanie tylnego odcinka cewki. Natenczas prelegent cięciem nadłonowem odsłonił ścianę pęcherza i stwierdził, że okolica przedpęcherzowa i obie przypęcherzowe aż ponad pachwiną zalane były cieczą brudno-krwawą, o wybitnej woni moczu rozkładającego się; ściana pęcherza jednak była nienaruszoną.

Po otwarciu pęcherza przez ujście pęcherzowe cewki, wyprowadzono cewnik na zewnątrz do rany międzykroczowej i teraz dopiero można było ocenić, jakiemu spustoszeniu uległa cewka moczowa. Cała część błoniasta, krokowa uległy zupełnemu zmiażdżeniu tak, że cewka zerwana była tuż przy szyjce pęcherzowej. Odłamki kostne złamanego łuku łonowego pozbawione okostnej sterczały wśród tkanek obumierających krocza i nurzały się w gnijącym moczu krwawym.

Po zabezpieczeniu swobodnego odpływu moczu, objawy septyczne rychło ustąpiły, jednak sprawa gojenia trwała długo, zanim strzępy nekrotyczne wydaliły się doszczętnie i ustało ropienie z nacieklych moczem zaułków. Obecnie stwierdzić można, że złamane kości miednicy połączone są grubą, silną kostniną, która wypełnia prawie całe światło łuku łonowego, a na międzykroczu utrzymuje się przetoka, przez którą jednak coraz trudniej odpływa mocz, gdyż, w miarę zaciągania się blizny, przewód sztucznie zrobiony staje się coraz węższy tak, że chwilowo przychodzi do całkowitego zatrzymania się moczu.

Gdy wobec zupełnego zmiażdżenia cewki na rozległej przestrzeni nie ma nadziei utorowania należytego odpływu moczu drogą naturalną, bez dalszych zabiegów operacyjnych, zamierza kol. Bossowski przystąpić do wycięcia blizny, częściowego zdłutowania kostniny zwężającej łuk łonowy i połączenia odcinka przedniego cewki moczowej z szyjką pęcherza, a w razie, gdyby zabieg ten był udaremniony, do założenia trwałej przetoki pęcherzowej w okolicy nadłonowej. (Streszczenie własne).

W dyskusyi kol. Borzęcki zaznacza, że wobec zupełnego zniszczenia części błoniastej i krokowej pozostanie jako stałe kalectwo *incontinentia urinae*.

Kol. Bossowski w odpowiedzi dodaje, że na pierwszem miejscu idzie o to, by choremu zapewnić możność oddawania moczu.

b) U drugiego z przedstawionych chorych, dotkniętego od dzieciństwa ciężką postacią krzywicy, zaczem świadczą zmiany w kształcie głowy, klatki piersiowej i kończyn górnych, skrzywienie kręgosłupa krzywicze z garbem żebrowym, powstały tak znaczne zniekształcenia kości kończyn dolnych, że chłopiec liczący obecnie lat 10, dotąd wcale nie chodził. (Obraz opisanych skrzywień kośćca dokładnie przedstawia okazana fotografia).

Aby wyprostować kątowate skrzywienia kości wykonał kolega Bossowski na kończynach dolnych sześć osteotomij, częścią linijnych, przeważnie klinowych i w ten sposób umożliwił choremu chodzenie, którego zwolna się uczy przy pomocy stołka.

Kończyny zaopatrzone są opatrunkiem ustalającym, łatwo dającym się zdejmować, gdyż sprawa krzywicy u chłopca jeszcze nie wygasła zupełnie i mimo leżenia w łóżku objawiała się dążność do wyginania się kości udowych w miejscach nowych.

3) Prof. Trochanowski przedstawił wynik swoich badań, dotyczących rozbioru wody żegiestowskiej pod względem chemicznym i wydajności, dokonanych przez niego w lipcu b. r., a powtórzonych w kilka miesięcy później. Oba rozbiory wykazały skład prawie ten sam. Wynika z nich, że woda żegiestowska pod względem ilości żelaza stoi prawie najwyżej ze szczaw żelezistych, a co do ilości bezwodnika węglowego, wyżej od wszystkich wód alkalicznych.

Kol. Ludomił Korczyński z uznaniem podnosi pracę prelegenta, dotyczącą rozbioru wody żegiestowskiej, który, zwłaszcza w szczawach zimnych, powinien być co pewien czas powtarzany. Rozbiór ten dowodzi, że różnice między rozbiorem, dokonanym przed laty 30 przez ś. p. Aleksandrowicza a obecnym są nieznaczne; przemawia to za stałością składników wody żegiestowskiej. Na zapytanie, czy dokonany był rozbiór borowiny, objaśnia prelegent, że takowy był zrobiony i wykazał skład zbliżony do borowiny krynickiej.

4) Kol. Prezes zawiadamia, że komisya przemysłowa nadesłała pismo z uznaniem dla pracy Prof. Trochanowskiego i gorliwości o zdrojowisko obecnego właściciela Żegiestowa p. Krynickiego. Obecni oklaskami nagrodzili odczyt Prof. Trochanowskiego i podziękowali p. Krynickiemu.

5) Przyjęto jednogłośnie wnioski komisyi przemysłowej polecające: benzynę z rafineryi nafty p. Adama Skrzyńskiego, na podstawie oceny prof. Łazarskiego; dalej litografowane w zakładzie p. Salby szemata ciała ludzkiego dla graficznego oznaczenia granic narządów, zmian w czuciu i t. d.

6) Odczyt kol. Kryńskiego z powodu, iż chorego przedstawić nie mógł, spadł z porządku dziennego.

Sekretarz: *Dr. Eugeniusz Borzęcki.*

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. krak.

Posiedzenie naukowe d. 19 Listopada 1897 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 5. Jako goście: Prof. Trochanowski i właściciel Żegiestowa P. Krynicki.

1. Uchwalono polecić Towarzystwu lek. krak., do użytku lekarzy, szematy do nakreślania położenia narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej, używane w klinice lekarskiej krakowskiej, a sporządzone w zakładzie litograficznym M. Salba w Krakowie. Szematy te są znacznie tańsze od zagranicznych, albowiem 1000 egzemplarzy kosztuje tylko 18 złr. w. a., a mają jeszcze tę zaletę, że zaopatrzone są napisami polskimi. (Wniosek ten Tow. lek. krak. zamieniło w uchwałę na pos. w dniu 1 grudnia 1897).

2. Skontrolowanie sposobu wyrabiania przez fabrykę M. L. Dobrowolskiego w Podgórzu przyborów opatrunkowych poruczono Prof. Drowi Obalińskiemu wspólnie z Przewodniczącym komisyi.

3. Uproszono Prof. Dra Łazarskiego o ocenienie benzyny wyrabianej w destylarni Adama hr. Skrzyńskiego w Libuszy.

4. W załatwieniu uchwały Towarzystwa lek. krak. z dnia 27 października 1897, polecającej komisyi przem. lek. obmyślenie środków do skutecznego przeciwdziałania szerzeniu się gruźlicy za pośrednictwem mleka, wybrano podkomisyę, której sprawę tę do referatu oddano. W skład podkomisyi tej weszli: Prof. Adametz, Dr. Bielański, Prof. Bujwid, weterynarz P. Pappée i Prezes Towarzystwa Dr. Surzycki.

5. Uchwalono przypomnieć zarządowi mleczarni w Śledziejowicach częstsze nadsełanie świadectw lekarskich i weterynarskich.

6. Przyjęto do wiadomości pismo Dyrekcyi zakładu zdrojowo-kąpielowego w Iwoniczu, w którem Dr. Rościszewski donosi, że będzie się starał zastosować do wskazówek, jakie mu udzieli komisya co do ulepszeń w urządzeniu zakładu.

7. Prof. Dr. Jaworski złożył sprawozdanie, wypracowane wspólnie z Prof. Dr. Olszewskim, o nowym rozbiorze wody i borowiny Żegiestowskiej, a Prof. Trochanowski przedstawił szczegółowe wyniki tego przez siebie dokonanego rozbioru.

Według tego nowego rozbioru woda Żegiestowska zawiera z głównych składników w 1000 gramach: dwuwęglanu żelazowego 0·0511, wapniowego 1·7113, magnowego 0·8494, litowego 0·0266, sodowego 0·0317, chlorku potasowego 0·0025, bezwodnika węglowego — istotnie wolnego 2·965; razem wszystkich składników stałych i lotnych 5·7232 grm. Z porównania wyników obecnego rozbioru z rozbiorem dokonanym przez A. Aleksandrowicza w r. 1866, zdaniem referentów wynika, że woda Żegiestowska po 30 latach nie uległa żadnym zmianom w składzie swym chemicznym, gdyż różnice w miligramach, a nawet mniejsze, leżą w granicach błędów analitycznych, a w części policzyć je

należy na karb ulepszonych metod badania. Podnieść przeto należy, że woda Żegiestowska i po dziś dzień należy do szczaw żelazistych najbogatszych w żelazo i kwas węglowy wolny. Ilością istotnie wolnego bezwodnika węglowego przewyższa ona wszystkie wody krajowe, a ilością dwuwęglanu żelazawego dorównywa jej tylko zdrój Bronisławy w Wysowej.

Borowina Żegiestowska, poraz pierwszy chemicznie rozbierana, zawiera po wysuszeniu przy 100° C. ciał organicznych wogóle 43·778%. (Z tego kwasu humusowego 11·839, żywicy 0·796, węgla i innych ciał 27·662%). Ilość części mineralnych po zwęgleniu wynosi 56·221% z czego wypada 15·571% na części rozpuszczalne w kwasie solnym, a 84·429% na części nierozpuszczalne. Wprawdzie świeża borowina nie zawiera w sobie kwasów lotnych, jak kwasu mrówkowego, lecz, jak się o tem Prof. Trochanowski przekonał, wytwarzają się one przez zwietrzenie borowiny i działanie na nią wody.

Zdaniem referentów, przy porównywaniu składu ilościowego borowiny Żegiestowskiej ze składem borowiny Krynickiej (Tylickiej), według rozbioru A. Krzyżanowskiego z roku 1879, okazuje się, że obydwie co do swego składu chemicznego mniej więcej się zgadzają. Stąd wnioskować wolno, że działanie lecznicze borowiny Żegiestowskiej będzie równem działaniu borowiny używanej w Krynicy.

Właścicielowi Żegiestowa wyraziła komisya uznanie za postaranie się o ponowny rozbiór wody zdrojowej i rozbiór chemiczny borowiny, zaś Prof. Trochanowskiemu za przedstawienie i stosowne wytłómaczenie szczegółów badania chemicznego, z którem to — zdaniem komisyi — szersze grono lekarzy zapoznać się winno.

Za sekretarza: *Dr. Kwiatkowski.*

VII. KORESPONDENCYE

Poznań.

(Projekt rządowy zaprowadzenia lekarskich sądów honorowych w Prusach. — Broszura Dr. Koehlera p. t. »Przyczynek do historyi trądu w W. Ks. Poznańskiem«. Wydział lekarski Tow. Przyj. Nauk. Poznańskiego).

Wobec coraz większego współubiegania się, wytwarzającego się pomiędzy lekarzami w Niemczech, i to często współubiegania się nieuczciwego, uwłaczającego godności stanu lekarskiego, zaczęły się w ostatnich latach coraz częściej odzywać żądania i życzenia ze strony lekarzy, ażeby rząd zaprowadził sądy honorowe dla lekarzy, na wzór istniejących już sądów honorowych dla adwokatów. W dwóch prowincyach życzenia te ziściły się, mianowicie w wolnem mieście Hamburgu, gdzie w r. 1895 utworzona została Izba lekarska z władzą dyscyplinarną nad wszystkimi lekarzami, i w królestwie Saskiem, gdzie w r. 1896 zaprowadzono osobne przepisy dla lekarzy, oraz sądy honorowe. W Prusach myśl zaprowadzenia sądów honorowych dla lekarzy poruszoną została już w r. 1889, na sejmiku stowarzyszeń lekarskich w Brunświku. Pomimo dość znacznej opozycyi, większa część stowarzyszeń oświadczyła się tam za zaprowadzeniem sądów honorowych w poszczególnych towarzystwach. Nie wszystkie jednakże towarzystwa lekarskie zastósowały się do tej uchwały i nikt nie mógł ich do tego zmusić, tem mniej można było zmusić jednostki do należenia do towarzystw i podlegania ich sądom honorowym. Wobec tego wystąpił rząd pruski w r. 1893 z projektem nadania izbom lekarskim większej władzy dyscyplinarnej, urządzając w nich sądy honorowe. Ponieważ jednakże według projektu rządu, lekarze urzędnicy i lekarze wojskowi z pod władzy ich mieli być wyłączeni, izby projekt odrzuciły. W roku przeszłym sprawa lekarskich sądów honorowych przyszła znowu na porządek dzienny, i rząd opracował ponownie projekt, który w streszczeniu przedstawia się, jak następuje:

Każda izba lekarska posiadać ma sąd honorowy składający się z przewodniczącego izby, jego zastępcy, dwóch członków zarządu i sędziego wybieranego przez zarząd. Rolę oskarżyciela odgrywać ma urzędnik rejencyjny, którego wyznacza naczelny prezes; śledztwo prowadzi sędzia, oskarżony może się bronić z pomocą rzecznika. Władzy dyscyplinarnej sądu honorowego podlegać mają wszyscy lekarze, z wyjątkiem lekarzy urzędników i lekarzy wojskowych. Jeżeli na tych ostatnich zajdzie zażalenie, wolno sądowi wytoczyć śledztwo, sprawę jednakże rozstrzyga tylko odnośna władza przełożona. Sądy honorowe mają prawo nakładać kary: upomnienia, nagany, kary pieniężne aż do 3000 marek i odebranie prawa wyborczego; sąd ma także łagodzić sprawy pomiędzy lekarzami, i lekarzy z publicznością. Przeciwko wyrokowi sądu honorowego wolno tak oskarżonemu jak i oskarżycielowi apelować do wyższej instancyi, t. zw. trybunału dla spraw honorowych. Trybunał ten z siedzibą w Berlinie, składać się ma z przewodniczącego deputacyi naukowej dla spraw lekarskich, albo innego prawnika z tego wydziału, z trzech członków tej deputacyi i trzech członków wydziału izb lekarskich, mianowanych wszystkich przez króla. —

Projekt ten rządowy został przekazany izbom lekarskim do bliższego rozpatrzenia i ewentualnego zatwierdzenia. Izby lekarskie jednakże nie mogły się zgodzić na wszystkie punkta projektu rządowego. Wydział izb lekarskich zestawiwszy wszystkie uchwały pojedyńczych izb, zaproponował rządowi następujące główne zmiany:

Władzy dyscyplinarnej sądów honorowych mają podlegać wszyscy lekarze, również i lekarze wojskowi i urzędnicy, jeżeli wytoczona przeciw nim sprawa dotyczy prywatnej praktyki; w innych razach w których przełożona władza rozstrzyga sprawę, winna ona donieść sądowi honorowemu o wyniku śledztwa i wymierzonej karze. Sąd honorowy składać się ma z przewodniczącego izby lekarskiej, z trzech członków tejże (czterech ich zastępców) i z sędziego. Prawo apelacyi do trybunału przysługuje tylko oskarżonemu. Do trybunału ma należeć, oprócz przewodniczącego deputacyi naukowej dla spraw lekarskich, albo innego prawnika z tego wydziału, sześciu lekarzy, z których dwóch mianuje król, a czterech wydział izb lekarskich.

W dwóch więc punktach zasadniczych wydział izb lekarskich nie godzi się z projektem rządu: 1) ażeby lekarze urzędnicy i lekarze wojskowi całkiem wyłączeni byli zpod władzy dyscyplinarnej sądu honorowego, nawet w sprawach dotyczących prywatnej praktyki, i 2) ażeby obsada tak sądu honorowego (urzędnik rejencyjny jako oskarżyciel; sędzia jako prowadzący śledztwo) jak i trybunału (na siedmiu członków czterech urzędników, a trzech lekarzy) nosiła charakter wybitnie rządowy. Słusznie powstały obawy w kołach lekarskich, że to jest zamach rządu na wolność stanu lekarskiego. Obawy te dotyczą w pierwszym rzędzie nas Polaków.

Zmian proponowanych przez Wydział izb lekarskich rząd nie uwzględnił i rozesłał niedawno temu do izb znowu projekt, który o tyle tylko uległ zmianom, że lekarze urzędnicy i lekarze wojskowi wykluczeni mają być od zasiadania w sądzie honorowym, pozostawiając inne punkta niezmienione. Izba lekarska poznańska nie zgodziła się na projekt ten rządu, dopóki paragrafy, krępujące wolność stanu, nie będą usunięte; inne izby również nie godzą się na niektóre punkta projektu; inne znów całkowicie go odsuwają, uważając takie sądy honorowe za niemożliwe. Projekt rządowy czy ze żądanemi zmianami, czy bez nich, ma być przedłożony Izbie pruskiej; co posłowie z nim zrobią przyszłość okaże.

Radca zdrowia, dr. Koehler, wydał niedawno broszurę p. t. „Przyczynek do historyi trądu w W. Ks. Poznańskiem“, i to równocześnie w języku polskim (odbitka z zeszytu III Rocznika Tow. Przyj. Nauk) i w niemieckim; praca niemiecka umieszczoną została w „Rozprawach konferencyi trądowej“, jaka odbyła się na początku Października r. b. w Berlinie, z współudziałem delegatów wszystkich rządów. Materyał do rozprawy owej czerpał dr. K. tak z różnych monografij o miastach wielkopolskich, jak przedewszystkiem ze starych kronik i dokumentów, dotychczas nie publikowanych.

Z broszury tej dowiadujemy się, że czas, w którym trąd do Wielkopolski się dostał jest koniec XIV, albo początek XV wieku. Straszna zaraźliwość choroby, która szybko rozpoznano, nakłoniła do zakładania osobnych szpitali dla trędowatych, t. zw. leprosoryj. Pierwszą wiadomość o szpitalu dla trędowatych w Poznaniu daje zapis, zachowany w aktach radzieckich, gdzie jest mowa o „siehhus", co podług autora oznaczało zapewne schronisko dla trędowatych.

Z aktów magistratu poznańskiego stwierdził autor, że szpital dla trędowatych stał za wrocławską bramą na gruncie, należącym do kościoła św. Marcina. Dwa zapisy, znajdujące się również w aktach radzieckich z r. 1419, dają zupełną pewność istnienia w tym czasie szpitala dla trędowatych. W roku 1420 wystawia Andrzej biskup poznański przed bramą wrocławską kaplicę dla trędowatych, pod wezwaniem św. Krzyża. Szpital połączony z kaplicą cieszy się dowodami miłosierdzia ludzkiego, o czem świadczą trzy zapisy, zachowane z czasów tych w aktach. O dalszym losie szpitala szczupłe są wiadomości. Autor przypuszcza, że szpital ten istniał aż po za rok 1584, opierając przypuszczenie to na dokumencie z tego roku w którym stoi pomiędzy innemi „propter infectionem", co zapewne odnosi się do trędowatych. Z dokumentów przejrzanych przez autora, wynika więc wszelka pewność, że trąd w Poznaniu panował w początkach XV wieku, że specyalny szpital dla trędowatych istniał już w r. 1419 i że choroba ta jeszcze po za rok 1432 w Poznaniu grasowała. Przypuszczalnie istniał szpital od roku 1404 aż po za rok 1584. Oprócz Poznania posiadał szpital dla trędowatych także Kościan w roku 1425, wyposażony między innymi legatem Władysława Jagiełły, o czem świadczy dokument, znajdujący się w zbiorze rękopisów autora. Z innych miast po za granicami Wielkopolski podaje autor Głogów wielki, gdzie według dokumentów trąd napewno już przed r. 1391 panował i trędowaci aż po za rok 1466 w szpitalu dla nich założonym przebywali, i Kraków gdzie już w roku 1322 miał istnieć szpital dla trędowatych.

Jakkolwiek zaraźliwość choroby wcześnie rozpoznaną została, za czem przemawia zakładanie osobnych szpitali dla trędowatych, to jednakowoż odosobnianie chorych nie było dostatecznie przeprowadzonem. W Poznaniu naprzykład było wolno chodzić także i zdrowym do kaplicy dla trędowatych, a w Kościanie umieszczano w szpitalu dla trędowatych także innych chorych, chociaż w osobnym oddziale. Co się tyczy sposobu leczenia, to autor znalazł tylko wzmiankę, że w Głogowie stosowano kąpiele, jako środek leczniczy i zapobiegawczy przed zarazą.

Na ostatniem posiedzeniu wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk. (5-go list.) mówił Dr. Drobnik o leczeniu gruczolaków złośliwych (lymphoma malignum) wśródmiąższowem wstrzykiwaniem arszeniku. Leczenie złośliwych gruczolaków arszenikiem, jest bardzo dawno w użyciu. Wstrzykiwania wśródmiąższowe czystym *liquor kalii arsenicosi* robił już Billroth, Winiwarter i Czerny z pewnem powodzeniem. Kol. D. zdał sprawę o leczonym przez niego przypadku u 23 letniej dziewczyny ze znacznymi gruczolakami na szyi i po tej samej stronie pod pachą. Do wstrzykiwań użył następującego roztworu: *liquor kalii arsenicosi 1,25 spirit. rectif. aqu. dest. aa 5,0 acidi carb liquef. gtt III.* S. wstrzykując raz na tydzień naraz całą strzykawkę Pravaza po trochu w kilku miejscach. Wynik wstrzykiwań tych był znakomity; po kilku tygodniach gruczolak, leżący ponad obojczykiem wielkości włoskiego orzecha zmniejszył się do rozmiarów ziarna soczewicy; także równe zmniejszenie nastąpiło i w innych gruczolakach. Ogólny stan chorej przez czas kuracyi był bardzo dobry. Kol. D. zaleca usilnie dalsze próby wstrzykiwań wyżej podanym przez niego roztworem arszeniku. —

Dr. Koehler demonstrował kamień wielkości orzecha laskowego, wyjęty z przewodu Warthoniusza; kamienie te tworzą się w przewodzie ślinianki nader rzadko, zwłaszcza tych rozmiarów. — Dr. St. Szuman, omawiał przypadek, w którym pacyent, chory na histero epilepsyę, a zarazem alkoholik, zażył od razu 33 grm. bromu (kalium, natrium i ammonium bromatum) bez żadnych następstw. Fakt ten tłómaczy kol. St. Sz. tem, że brom był tu niejako równoważnikiem alkoholu, którego chory zwykle, celem uspokojenia się, używał.

W Grudniu. *Prus.*

VIII. Zjazd higienistów niemieckich odbyty w Karlsruhe od 14 do 17 listopada b. r.

Zestawił

Dr. J. Buszek,

fizyk m. Krakowa.

Stowarzyszenie higienistów niemieckich odbyło 22 zjazd doroczny w Karlsruhe. Wzięło w nim udział 390 członków, t. j. o 99 więcej, aniżeli roku zeszłego w Kilonii. Najliczniej stawili się naczelnicy zarządów wielkich miast, urzędnicy administracyjni i radcy miejscy, następnie lekarze i technicy. — Nie zabrakło pomiędzy nimi chemików, nauczycieli i duchownych.

Na porządku dziennym było 6 przedmiotów.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego podał nadinżynier Meyer do wiadomości, jaki jest stan obecny usuwania śmiecia. Hamburg w tej sprawie przoduje, postawiwszy zakład z 36 komórkami do palenia jego, kosztem 48,000 mk. W Anglii sposób palenia śmiecia tak postąpił nadzwyczajnie, że w r. 1893 było tam 580 urządzonych komórek, podczas gdy w wielu miastach nowe budują. Wszędzie stwierdzono wyniki pomyślne, podobnież w Hamburgu. Jeżeli śmiecie ma być wywożone, jako nawóz na pola, wtedy ze stanowiska sanitarnego i ekonomicznego nie można temu nic zarzucić. Jeżeli atoli to nie jest praktykowane, wtedy potrzeba koniecznie dążyć do tego, aby było spalone. Stuttgart zaprowadzi wkrótce sposób palenia i na ten cel ma już uchwaloną pierwszą ratę. Za nim pójdzie Akwisgran, a Frankfurt n. M. przez odczyty przygotowuje się do tego dzieła. W każdym razie sprawa spalania śmiecia ma doniosłe znaczenie pod względem higienicznym, gdyż ma na celu zapobiegać gromadzeniu się nieczystości w miastach.

Na porządek dzienny weszła następnie sprawa: Jak zwalczać nadużywanie napojów wyskokowych, przedstawiona przez sprawozdawcę Prof. Dra Tuczka z Marburga. Wykazał on, jako główne przyczyny pijaństwa, przyzwyczajanie się do niego, zły przykład, uwodzenie do niego, niehigieniczny sposób życia z powodu socyalnej nędzy i odziedziczone, albo nabyte chorobliwe usposobienie. Środki zaradcze widzi sprawozdawca w zabiegach prywatnych i zbiorowych, jako też w ustawodawstwie. Co do ostatniego żąda on uchwalenia środków ograniczających sprzedaż, używanie napojów wyskokowych, dalej środków, mających na celu kontrolę ich tęgości i czystości, oraz ograniczenie koncesyj szynkowych i t. p. Państwo miałoby za obowiązek zapobiegać skutkom pijaństwa: przez umieszczanie pijaków w zakładach, odbieranie im prawa rozporządzalności, karanie za opilstwo, powodujące publiczne zgorszenie, urządzenie zakładów dla opilców, którychby nie uważano jako zakładów karnych. Ustawa, mająca zwalczać nadużywanie napojów wyskokowych i jego następstw, musiałaby obejmować odpowiednie postanowienia ustawy przemysłowej, policyi sanitarnej, ustawy cywilnej i karnej.

Wnioski sprawozdawcy brzmią, jak następuje:

1) Przeciwko miernemu używaniu napojów wyskokowych (szczególniej wyfermentowanych i mniej zawierających wyskoku) przez osoby

dorosłe zdrowe i nie można nic zarzucić ze stanowiska higienicznego. W skarbnicy leków zajmuje wyskok dobrze uzasadnione miejsce.

2) Nadużywanie napojów wyskokowych przedstawia, przy wielkiem jego szerzeniu się, wielkie niebezpieczeństwo dla dobra ogółu, z powodu szkody, jaką ponosi pijak pod względem zdrowotnym, gospodarczym i obyczajowym.

3) Niebezpieczeństwo polega na każdorazowem przekroczeniu miary (ostre opilstwo) i na nawykowem używaniu wyskoku, wprawdzie w ilości nie opajającej, lecz doprowadzającej do przewłocznego opilstwa.

4) Ostre zatrucie wyskokowe prowadzi, z powodu osłabienia zdolności rozporządzania sobą, przy spotęgowanej wrażliwości i zmysłowości, do stanu niebezpiecznego dla własnej osoby, jako też dla publicznego bezpieczeństwa i obyczajności. Opilstwo wykazuje znaczny udział w statystyce nieszczęśliwych wypadków, w wykroczeniach przeciwko innym osobom i przeciw obyczajności, w mnożeniu się nieślubnych urodzin, w szerzeniu chorób płciowych itd.

5) Opilstwo jest winą w znacznej części wszelkiej nędzy społecznej, która objawia się włóczęgostwem, żebraniną, ubóstwem, głupotą, zdziczeniem, nieobyczajnością, prowadzeniem życia występnego, zbrodniczego, wszetecznego, zaniedbaniem młodzieży, nędzą domową i niezgodą małżeńską, rozwodami, samobójstwami. Prowadzi ono wprost, albo — przez obciążenie dziedziczne, do przepełnienia domów ubogich i pracy, zakładów karnych i poprawczych, szpitali i domów kalek, zakładów dla obłąkanych, idyotów i głuchoniemych.

Z drugiej strony taka nędza społeczna doprowadza znowu do opilstwa.

6) Celem zapobieżenia niebezpieczeństwu, wynikającemu z opilstwa, należy połączyć zabiegi prywatne z państwowymi. Środki zaradcze trzeba skierować ku zapobieganiu opilstwu przez zwalczanie jego przyczyn, usuwanie socyalnych następstw opilstwa i ku leczeniu pijaka.

7) Główne przyczyny opilstwa tkwią:

a) W przyzwyczajeniu się do środków użycia, w sile przykładu, w nawodzeniu, w stosunkach towarzyskich, oraz w nieznajomości wartości i działania wyskoku i w braku siły moralnej.

b) W prowadzeniu niehigienicznem życia wskutek nędzy społecznej.

c) W sile odziedziczonego i nabytego usposobienia chorobliwego.

8) Środki tedy zaradcze przeciwko opilstwu powinny obejmować:

A) Zabiegi prywatne i stowarzyszeń.

a) Pouczanie o skutkach używania wyskoku, walka przeciwko pijaństwu i zmuszaniu do picia, podniesienie moralności, odsuwanie napojów wyskowych od młodzieży.

b) Poprawa stanu fizycznego i moralnego najbardziej narażonych na niebezpieczeństwo klas społeczeństwa zapomocą zarządzeń, podnoszących dobrobyt, piecza o napoje zdrowe.

c) Czynniki szkodliwe dla układu nerwowego, a przez to usposabiające do opilstwa, należy zwalczać według zasad racyonalnej higieny układu nerwowego. Przypadki, w których wybryki opilcze nie są przyczyną, lecz tylko objawem choroby umysłowej, również przypadki chorobliwego nieznoszenia wyskoku, albo chorobliwego oddziaływania na napoje wyskokowe, podobnież choroby umysłowe w następstwie przewłocznego alkoholizmu, należy leczyć według zasad nauki lekarskiej.

B) Ustawodawstwo.

a) Środki finansowo-politycznego, zarobkowego i sanitarno-policyjnego znaczenia, mające ograniczyć sprzedaż i używanie wódki, kontrolować jej tęgość i czystość, poprawa w nadawaniu koncesyj, zakaz szynkowania osobom niedorosłym itp.

b) Dalsze rozwijanie ustawodawstwa socyalnego, dającego rękojmię ochrony.

9) Ochrona i usuwanie socyalnych następstw opilstwa potrzebuje wkroczenia ze strony państwa: umieszczanie opilców w stosownych zakładach; nadawanie im kurateli, wychowywanie przymusowe dzieci pijaków, kary za opilstwo wywołujące publiczne zgorszenie. Opilstwo jako takie nie może być przedmiotem karania; wykroczenia pijaków należy od czasu do czasu karać sądownie.

10) Dla leczenia opilców potrzeba urządzać zakłady osobne pod opieką państwa i kierunkiem lekarskim. Przyjmowanie do nich musi być zapewnione dostatecznie także wbrew woli pijaków i nie powinno zależeć od poprzedniego brania ich w kuratelę. Schronisk dla opilców nie należy traktować, jako zakładów karnych.

11) Wyleczeni pijacy muszą na zawsze wstrzymać się w zupełności od używania napojów wyskokowych; dalej, zupełne wstrzymywanie się potrzebne jest dla dzieci i dla tych wszystkich osób, które z powodu chorobliwego usposobienia alkohol źle znoszą i wkrótce tracą siły, by się zrzec tego bodźca. Dalsze żądania zupełnej wstrzemięźliwości przechodzą granice przykazań higieny.

12) Współdziałanie ustawy przy zwalczaniu nadużywania napojów wyskokowych jest nieodzowne i okazało się skutecznem. Rozporządzenia przeciwko pijaństwu, zaprowadzone w Niemczech, są niedostateczne. Ustawa, mająca zwalczać nadużywanie napojów wyskokowych i jego następstwa, powinna obejmować wszystkie rozporządzenia tak z dziedziny ustawy przemysłowej, jak sanitarno-policyjnej prawa karnego i cywilnego. Należy dążyć do ustawy państwowej tego rodzaju, bez ograniczenia rozporządzeń krajowych i statutowych.

W rozprawie nad tymi wnioskami zwrócił Prof. Fränkel uwagę na to, jakie środki należałoby zaprowadzić zamiast napojów wyskokowych. Wspominane często, tak zw. wolne od wyskoku piwa, wina, nie są zupełnie dostateczne i jemu także nie przypadają do smaku. Dlatego uważa za godny uwagi napój, używany podczas skwarnych dni zjazdu moskiewskiego, zwany „kwasem", który także w Niemczech zasługiwałby na wprowadzenie w użycie. Inni mowcy zgadzają się w ogólności ze sprawozdawcą, podczas gdy Drzy Aschaffenburg i Führer przemawiają za środkami, dążącymi do wstrzymania się w zupełności od używania napojów wyskokowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Protokół z posiedzenia Wydziału Izby lekarskiej w Krakowie, odbytego dnia 28 listopada 1897 r.

Obecni: Przewodniczący, Prezydent Dr. Józef Łazarski; Członkowie: Dr. Stanisław Ponikło, Dr. Alfred Obaliński, Dr. Wincenty Świątek; Dr. Józef Walczyński usprawiedliwił swoją nieobecność.

I) Odczytano i przyjęto protokół z posiedzenia wydziału z dnia 30/10 b. r.

II) Wydział uchwala zwołać pełną Izbę na dzień 18. grudnia.

III) Wydział postanawia przedstawić pełnej Izbie wniosek zwołania wiecu lekarzy należących do Izby zachodnio galicyjskiej.

IV) W sprawie udzielenia koncesyi na leczenie osobom niepowołanym, uchwala Wydział przedłożyć pełnej Izbie następujące wnioski:

a) Izba lekarska w Krakowie na Zgromadzeniu dnia 18-go grudnia 1897 r. odbytem, solidaryzuje się zupełnie z postępowaniem Izby dolno-austryackiej.

b) Izba uchwala wnieść odnośną petycyę do Ministerstwa spraw wewnętrznych w drodze administracyjnej.

V) Sprawozdanie kasowe za rok 1897 przyjęto do wiadomości.

VI) W sprawie ułożenia budżetu na rok 1898 Wydział Izby uchwala przedłożyć pełnej Izbie:

Budżet na rok 1898: przychód . 2636 złr.
rozchód . . 2250 „

z wnioskiem uchwalenia na rok 1898 tytułem opłaty na rzecz Izby kwoty 6 złr., a to 4 złr. na potrzeby Izby, zaś 2 złr. na zapomogi.

Sprawozdanie Rady honorowej.

I) Wydział uchwala przedłożyć pełnej Izbie sprawozdanie Rady honorowej z czynności w roku 1897.

II) Sprawozdanie z wiecu Izb lekarskich i ratyfikacya uchwał tegoż.

III) M. Ch. Wieselman uprasza o uwolnienie od opłaty za rok 1897: — Wydział nie uwalnia.

IV) P. Szaferowa z Tarnowa prosi o zapomogę: Wydział wstrzymuje się z uchwałą aż do bytności na posiedzeniu kol. Walczyńskiego.

V) Wniosek udzielenia urzędnikowi Izby remuneracyi: Wydział uchwala kwotę 50 zlr.

Dr. Łazarski.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 30 Grudnia.

Odpis rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z dnia 18-go grudnia 1897 l. 99198. Do WPana Profesora Odo Bujwida, przełożonego zakładu higienicznego w c. k. Wszechnicy w Krakowie.

Rozporządzeniem z dnia 6. listopada 1897 l. 32293 zarządziło Wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych, ażeby począwszy od roku 1898, przy egzaminach fizykackich, egzamin z higieny odbywał się podobnie jak z chemii i farmakognozyi w zakładzie higienicznym, i aby egzamin ustny połączono z egzaminem praktycznym, wobec czego egzamin piśmienny z tego przedmiotu może odpaść. Przy egzaminie praktycznym należy ograniczyć się do tych przedmiotów, które według postanowienia rozporządzenia ministeryalnego z dnia 27. sierpnia 1873 r. Dz. p. p. Nr. 139 punkt 1. *a.* do *h.* nie są już zastrzeżone do egzaminu z jakościowego badania chemicznego.

D. j. w.

Otrzymujemy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Najuprzejmiej proszę o umieszczenie w łamach kierowanego przez Niego pisma następującego listu otwartego:

Autorowie prac, ogłaszanych w Galicyi poza pismami peryodycznemi, nie przysyłają ich ani do redakcyi pism lekarskich w Królestwie ani do biblioteki Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego. Brak ich odczuwa się niemile przy układaniu „Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego“, w którem pomimo woli redaktora i współpracowników, muszą być pomijane lub tylko tytułem zaznaczone.

Ponieważ w tych dniach współpracownicy „Przeglądu piśmiennictwa“ rozpoczną już streszczanie prac odnośnych, a niepodobna pisać do każdego z autorów osobno (niektórych adresy nie są wiadome), upraszam przeto niniejszem najuprzejmiej autorów wszelkich książek, odczytów, broszur, roczników, sprawozdań etc., ogłoszonych poza pismami peryodycznemi w Galicyi w roku 1897, aby zechcieli przesłać je pod moim adresem w czasie najkrótszym. W przeciwnym razie prace te nie będą znowu mogły wejść do tekstu „Przeglądu piśmiennictwa“ ku krzywdzie ich autorów, a jeszcze wiekszej krzywdzie dokładności wydawnictwa, podejmowanego takim nakładem trudu wielu współpracowników i kosztów Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Mam nadto nadzieję, że odtąd wszelkie prace treści lekarskiej lub przyrodniczej, wychodzące poza pismami peryodycznemi, będą systematycznie nadsyłane do redakcyi „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego“, która, po zużytkowaniu ich dla „Przeglądu piśmiennictwa“, składać je będzie stale w Bibliotece Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Z poważaniem
Władysław Janowski
(Bracka 19).

* Sprawa regulacyi etatu i płac urzędników miejskich wkrótce wejdzie na porządek dzienny Rady m. Krakowa.

Ze względu na lekarzy miejskich nie jest to sprawa dla nas obojętna, zwłaszcza gdy przybiera wadliwy kierunek.

Jak wiadomo, projekt wnioskodawcy tej sprawy, Radcy miasta prof. Cyfrowicza, odesłała Rada do komisyi prawniczej. Według wniosku prof. Cyfrowicza lekarze mieli być zaliczeni do rangi IX-tej z przynależną do niej płacą. Komisya prawnicza ten wniosek odrzuciła, uchwalając natomiast niezaliczanie lekarzy wogóle do żadnej rangi, a przyznając im tylko płacę rangi X-tej. Przy dalszem roztrząsaniu wniosków R. m. prof. Cyfrowicza komisya prawnicza uchwaliła: Weterynarza miejskiego zaliczyć do rangi IX, weterynarza młodszego — do rangi X-tej, z płacą do tych rang przynależną. Zestawienie tych dwóch uchwał: co do lekarzy i weterynarzy, rażąco krzywdzi nie tylko lekarzy miejskich, ale dotkliwie obraża cały stan lekarski.

Tak na same wyżej przytoczone uchwały komisyi prawniczej, jak i na motywa w jej łonie wygłoszone, zapatrujemy się nie ze stanowiska indywidualnego, dotyczącego lekarzy miejskich, lecz poprostu widzimy tu rodzaj lekkomyślnej degradacyi zawodu lekarskiego, którą musi odczuć dotkliwie każdy lekarz. A jednak, jeśli kto, to nie zarząd m. Krakowa miałby prawo do takiej degradacyi: od ś. p. prof. Dietla, tego odnowiciela Krakowa, rozpoczyna się szereg obywatelskich czynów lekarzy krakowskich, które stan ten zaszczytnie wyróżniają: dzięki lekarzom krakowskim szczyci się nasze miasto szpitalem dla dzieci, parkiem Dra Jordana, Towarzystwem ratunkowem, Koloniami letniemi, lecznicą dla dzieci skrofulicznych w Rabce i t. d.; w każdem dziele miłosierdzia, oświaty i zdrowia publicznego widnieje praca, myśl i grosz lekarzy krakowskich tak, że żaden inny stan ze stanem lekarskim tu w Krakowie równać się pod tym względem nie może; a jeśli kto o tem wiedzieć powinien, to właśnie ten zarząd miasta, który więcej od wszystkich te zasługi lekarzy krakowskich znać i uszanować powinien.

Przekonani jesteśmy, że Radcy lekarze będą na tę sprawę zapatrywać się także nie ze stanowiska osobniczego, lecz zasadniczego i że Rada miejska odrzuci wnioski komisyi prawniczej, a uchwali jedynie sprawiedliwy pierwotny projekt R. m. prof. Cyfrowicza.

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich otrzymali: Filip Herc i Kazimierz Panek w Krakowie; Paweł Kučera, obecny asystent prof. Obrzuta, w czeskim Uniwer. w Pradze.

* Jak daleko sięgać może stałość i wytrwałość ludzka, pouczył nas świeżo promowany w Warszawie Dr. Roch Borysik. Przyszedł on na świat w gub. siedleckiej 1822 r.; mając lat 25, otrzymał świadectwo dojrzałości, poczem 10 lat trudnił się guwernerką. W roku 1857 wstąpił na wydział lekarski i, po kilku latach studyów, mając już w połowie egzamina złożone, musiał opuścić wszechnicę i strony rodzinne na długie lata. Po powrocie do kraju rozpoczął starania o pozwolenie dokończenia nauk lekarskich, a otrzymawszy takowe, złożył w ostatnich dniach ostateczny egzamin i, otrzymawszy stopień doktorski po skończeniu 75 lat życia, udał się na Litwę dla rozpoczęcia zawodu lekarza praktycznego.

* Dnia wczorajszego obchodzono uroczyście w Berlinie 50-letni jubileusz prof. Virchowa; w roku kończącym się upłynęło pół wieku od założenia Archiwu i zamianowania dzisiejszego jubilata docentem uniwersyteckim.

* Rosyjski minister komunikacyi zarządził zwołanie Zjazdu lekarzy kolejowych na dzień 18 maja 1898.

Nekrologia. Dr. Alfons Pajewski, wychowaniec Uniw. św. Włodzimierza, zmarł w Ciechocinku, w 57 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Kronice lekarskiej“ Nr. 24: Dra Moraczewskiego: Przemiana materyi w leukemii i pseudoleukemii. W „Gazecie lekarskiej“ Nr. 52: Sawickiego W.: Przypadek wrodzonego przerostu lewej kończyny dolnej. Dra Ołtuszewskiego: Ogólne uwagi o zboczeniach mowy (dok.). Dra Neugebauera Fr.: 31 spostrzeżeń zatrzymania główki dziecka lub pojedyńczych kości czaszki w macicy po dekapitacyi lub po urwaniu się tułowia podczas ekstrakcyi płodu (dok.). W „Medycynie“ Nr. 52: Dra Brunera Wł.: O zachowaniu się zawartości wody i metali alkalicznych we krwi w zapaleniu nerek. Przyczynek do objaśnienia powstawania mocznicy (dok.). Janeczka A.: Przyczynek do kazuistyki potworów ludzkich.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Hartmann: Krankheiten des Ohres und deren Behandlung. Berlin, 1897.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 8. Stycznia 1898. Nr. 2.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prof. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Nowa tuberkulina (TR.) Kocha w leczeniu liszaja żrącego.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

sekundaryusz I. oddziału.

Każdy, kto spostrzegał większą ilość przypadków liszaja żrącego, wie dobrze o tem, jaką plagę stanowią ci chorzy tak po szpitalach jak i w praktyce prywatnej. To też doniosłe znaczenie pomyślnego i trwałego leczenia wystąpi dopiero wtedy, jeżeli uprzytomnimy sobie przebieg kliniczny tej najstraszniejszej z chorób skórnych. Nic więc dziwnego, że równorzędną z ciężkością tego cierpienia jest dążność wynalezienia środka, któryby nie tylko zmiany chorobowe usuwał, ale i nawrotom choroby zapobiegał.

Dotychczas już wszyscy prawie autorowie przyjęli jako pewnik, że liszaj żrący jest przyrody gruźliczej. Budowa anatomiczna, znalezienie w tkankach liszaja żrącego, chociaż skąpo, prątków gruźliczych, wreszcie wywołanie przeszczepieniem gruźlicy skóry, są to niezbite dowody tego twierdzenia. Postacie chorobowe wywołane zagnieżdżeniem się prątków gruźliczych w skórze, mogą być różne; liszaj żrący przedstawia odrębną postać tej sprawy chorobowej.

Wszystkie środki do leczenia gruźlicy skóry używane, tak bezkrwawe jak i krwawe, nie mogą nikogo w zupełności zadowolnić. Oczywiście najlepsze wyniki stwierdzamy po zabiegach chirurgicznych, czy to wyłyżeczkowaniu i przypaleniu żegadłem Paquelina, czy też wycięciu miejsc liszajem zajętych i pokryciu skórą, stósując tu jeden ze znanych sposobów. Wszystkie te zabiegi usuwają wprawdzie zmiany chorobowe, sprowadzając często znaczne oszpecenia tak, że w najlepszym razie, zazwyczaj tylko lekarz z wyniku jest zadowolonym, ale nie zapobiegają wcale nawrotom choroby, które zmuszają chorego do ciągłego szukania pomocy lekarskiej i to najczęściej do końca swego nieszczęśliwego żywota.

Dlatego, po przeczytaniu artykułu Kocha[1]) o nowej tuberkulinie (TR.), nie wahaliśmy się, mimo niepomyślnych prób w tym kierunku otrzymanych, w r. 1890, przystąpić zaraz do doświadczeń na chorych, znajdujących się z gruźlicą skóry na oddziele, których mi Prof. Dr. Zarewicz do rozporządzenia pozostawić raczył, za co serdeczne na tem miejscu składam Mu podziękowanie.

[1]) Deutsche mediz. Wochenschrift. 1897, Nr. 14.

Wedle wskazówek Kocha, użyłem jako pierwszej dawki 1/500 mgr. części stałych w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej; podwajając później dawkę, dochodziłem do 1/6 mgr., poczem zaledwo o parę 0·01 mgr. postępowałem wyżej. Doszedłszy do dawki 1,0 mgr., wstrzykiwałem ją parę razy, poczem dodawałem po 0,1—0,2 mgr., dochodząc do 2 milgr., a od tej dawki przechodziłem wyżej po 1/2 do 1,0 mgr., podczas gdy z początku rozcieńczałem tuberkulinę rozczynem soli kuchennej, później używałem do tego celu 20% rozczynu wodnego gliceryny, robiąc świeży roztwór tuberkuliny każdego dnia i sterylizując dokładnie obydwa te płyny. Strzykawkę, leżącą przez pół godz. w 3% rozczynie kwasu karbolowego, wymywałem dokładnie bezwodnym wyskokiem, a następnie wodą sterylizowaną. Grzbiet zaś chorych, jako miejsce wstrzykiwań, wymywałem najpierw mydłem i wodą, później eterem, wreszcie wodą wyjałowioną.

Miejscowo nie stósowałem żadnych zabiegów na zmiany liszajowe, a tylko przemywałem od czasu do czasu 3% rozczynem kwasu borowego i codziennie opatrywałem czystą wyjałowioną gazą.

Leczenie trwało około 4 miesięcy, w którym to czasie robiłem u chorych najmniej 18 wstrzykiwań, najwięcej 51, przeważnie około 50 i to z początku co drugi dzień, później co trzeci, wreszcie i co kilka dni, nie licząc czasami kilkodniowych przerw, spowodowanych opóźnieniem przesyłki tuberkuliny. W ten sposób doszedłem u przeważnej liczby chorych do dawki 10,0 mgr. części stałych, t. j. 1 cm^3 płynu, u niektórych zaś do 20,0 mgr., jako dawki najwyższej, przez Kocha zalecanej.

Ogólne oddziaływanie chorych na wstrzykiwania tuberkuliny było względnie słabe. Jeżeli przypomnimy sobie gorączkę i inne objawy oddziaływania ustroju tak ogólnego jak i w miejscu zmian, towarzyszących dawnej tuberkulinie, to śmiało rzec można, że o podobnem odczynie przy nowej tuberkulinie (TR), nie ma nawet mowy. Zasady dawkowania tego leku, podane przez Kocha, są tak ogólnikowe, że się trudno, co do dawki, ustrzedz błędu; dlatego też nie dziwnego, że dopiero wśród wstrzykiwań można nabyć pewnego doświadczenia. I w moich więc przypadkach nie mogłem uniknąć gorączki i ogólnego oddziaływania ustroju, chociaż jak się zdaje nie zawsze z braku ostrożności w dawkowaniu lub nieprzestrzegania przepisów aseptyki. Zdarzało się bowiem, że dość wybitne oddziaływanie występowało po dawce, która nie była większą niż poprzednia, a którą chorzy znosili bez oddziaływania ogólnego.

W historyach chorób, prawie u wszystkich chorych, zanotowano kilka razy podwyższoną ciepłotę, występującą już w kilka godzin po wstrzykiwaniu i utrzymującą się przez kilka do kilkunastu godzin. Częściej podwyższenie ciepłoty

nie trwało przez noc; trafiało się jednak, że jeszcze dnia następnego gorączkę stwierdzano. Podwyższenie to ciepłoty podnosiło się zwykle w ciągu kilku godzin do 39°—39·5°, a nawet 40°, poczem następowało stopniowe obniżanie się, aż do ciepłoty prawidłowej. U jednych chorych zdarzało się to nader rzadko, zaledwo parę razy przez całe cztery miesiące, tj. przez czas trwania leczenia, u innych nieco częściej chociaż z dawkowaniem u nich byłem nader ostrożnym. Tylko u dwóch chorych gorączka pojawiała się częściej, a to u jednej chorej z wrzodami gruźliczymi u wejścia do pochwy, u drugiej zaś (Nr. 7) obok liszaja żrącego na twarzy, istniał mały naciek w szczycie płuca prawego.

Podwyższeniu ciepłoty towarzyszyły zwykle następujące objawy ogólne: dreszcze, ból a czasem i zawroty głowy, bóle w członkach, ogólne osłabienie i zaburzenie ze strony przewodu pokarmowego, jak upośledzenie łaknienia, odbijania, nudności; do wymiotów jednak nigdy nie przyszło. Objawy te występowały najczęściej w kilka godzin po wstrzykiwaniu, a więc równocześnie z podwyższeniem się ciepłoty i trwały do nocy, rzadko tylko utrzymując się do następnego ranka, poczem pozostawało zaledwo lekkie osłabienie. Mimo to wejrzenie chorych i ich stan ogólny przez ciąg wstrzykiwań nie tylko nie ucierpiał, ale nawet się poprawił.

Same wstrzykiwania znosili chorzy dobrze, czasem odczuwali kilka dni trwający ból po wstrzykiwaniu w mięśniach grzbietu, — nigdy jednak nie spostrzegłem silniejszej bolesności lub ropienia, a u niektórych chorych lekkie tylko zaczerwienienie skóry w miejscu wstrzykiwania. Nie spostrzegałem również w żadnym przypadku pokrzywki lub wogóle jakiejkolwiek wysypki skórnej.

Oddziaływanie w miejscu zmian liszajowych z początku było bardzo nieznaczne; dopiero przy dawce około 0,1 mgr. występowała wokoło nacieków i guzków obwódka czerwona, w parę dni zamieniająca się w brunatną, wreszcie znikająca. Najpierw pokrywały się przyskórkiem owrzodzenia, nacieki zaś, szczególnie w przypadkach postaci przerostowych, zapadały się, przypłaszczały, wreszcie od środka bliznowaciały. Blizny dawne, zaczerwienione i naciekłe, szybko bladły i stawały się gładkiemi. Guzki stawały się również więcej płaskie, jak gdyby w skórę się zapadały, a w otoczeniu ich promienisto marszczył się przyskórek, przez co guzek stawał się mniejszym. Gruczoły chłonne wprawdzie pomału, ale wyraźnie się zmniejszały.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

W sprawie pielęgnowania noworodków

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński

asystent szkoły położnych w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Sprawa postępowania z resztką pępowiny jest kwestyą do dnia dzisiejszego nie załatwioną. Pomimo że korzyści przestrzegania zasad bez— i przeciwgnilnych są bez wyjątku przez wszystkich uznane, ścisłe stósowanie tegoż postępowania wobec resztki pępowiny i rany pępkowej napotyka pewne trudności, a to z powodu, iż właściwa opieka noworodków, a więc i opatrywanie resztki pępowiny, spoczywa najczęściej w rękach osób niedostatecznie obeznanych z postępowaniem przeciw i bezgnilnem. A przecież okolica, w której znajduja się liczne naczynia, będące w bezpośrednim związku z naczyniami jamy brzusznej, jaką jest pierścień i rana pępkowa, wymaga bezsprzecznie postępowania któreby zapobiegło zanieczyszczeniu i zakażeniu. Tymczasem nawet przepisy, które do dnia dzisiejszego obowiązują akuszerki, nie uwzględniają w należyty sposób naszych obecnych pojęć o czystości wobec ran, w znaczeniu chirurgicznem. — Prawdą jest, że u zwierząt nikt nie opatruje resztki pępowiny, a nawet nikt jej nie podwiązuje, jednak każden przyzna, że warunki, w jakich się znajdują, noworodek z jednej strony, a młode zwierzę — z drugiej, — są odmienne; a oprócz tego nie wykazano wcale, aby u zwierząt nie występowało zakażenie rany pępkowej równie często jak u noworodków, a nawet może częściej.

Dość będzie przytoczyć tylko spostrzeżenia Erössa[1]) że w klinice Budapeszteńskiej 43% wszystkich noworodków gorączkowało, 22% zaś niewątpliwie z powodu zakażenia rany pępkowej; nieprawidłowe zaś gojenie się rany pępkowej spostrzegał on w 68% wszystkich przypadków.

Rösing[2]) zaś podał, że w klinice w Halli 21% dzieci gorączkowało, a z tych 6% z powodu zakażenia rany pępkowej. —

Liczby te jednak wcale nie dają nam dokładnego wyobrażenia o częstości zakażenia, gdyż odnoszą się tylko do klinik, w których przepisy czystości są ściśle przestrzegane; nie uwzględniają też one dat statystycznych, odnoszących się do noworodków, urodzonych po za zakładami, a prócz tego i obserwacya noworodków w klinikach trwa tylko przez mniej więcej 8—10-ciu dni, to jest przez czas pobytu matek, względnie położnic, w klinikach; tymczasem wiemy dobrze, że objawy zakażenia wystąpić mogą i występują niewątpliwie w bardzo wielu przypadkach i w późniejszym czasie. W każdym razie przyznać musimy, że liczba zakażeń rany pępkowej, jest bardzo znaczna.

Dotychczasowe, ogólnie stósowane postępowanie z pępowiną polega na podwiązaniu jej tasiemką wązką niciana w odległości 3—4 ctm. od pierścienia skórnego i przecięciu jej pomiędzy pierwszą i drugą, nieco powyżej założoną tasiemką. Po kąpieli osłanianą bywa resztka pępowiny w czysty płatek płótna, lub, co częściej i jak przepisywała nawet niedawno jeszcze obowiązująca instrukcya dla akuszerek w Królestwie Pruskiem, w płatek płótna napojony oliwą lub tłuszczem; po każdej zaś kąpieli opatrunek taki na nowo bywa zakładany. Jeżeli teraz zastanowimy się, w jaki sposób odbywa się oddzielenie zupełne resztki pępowiny, to musimy przyznać, że takie postępowanie jest nieodpowiednie, a nawet szkodliwe.

Badania Stutza[3]) wykazały, że pępowina nie ma naczyń naczynnych (vasa vasorum), a z chwilą podwiązania pępowiny ustaje krążenie krwi i rozpoczyna się obumieranie które w sprzyjających warunkach odbywa się na sucho,

[1]) Eröss. Arhiv. f. Gynäkolog. Bd. XLIII.
[2]) Rösing. Zeitschrift für Geburtshilfe u. Gynäkolog. Bd. XXX.
[3]) Froebelius. Petersburg. med. Wochenschrift. Nr. 9· 1878.
[4]) Stutz Archiv. f. Gynäkolog. Bd. XIII.

czyli następuje usychanie pępowiny, rozpoczynające się od założonej podwiązki i postępujące do pierścienia skórnego pępka. Po zupełnem uschnięciu pępowina, jako ciało obce, wywołuje na granicy pierścienia skórnego proces odczynowy, czyli reakcyjny, skutkiem czego następuje oddzielenie się resztki pępowiny. Proces ten według spostrzeżeń Froebeliusa[4]) nie zależy tyle od właściwości samej pępowiny jak od nasilenia odczynu, który u noworodków silnych i zdrowych jest większy i z tego powodu, według spostrzeżeń Froebeliusa, u silnych i dobrze rozwiniętych noworodków następuje wcześniej oddzielenie się resztki pępowiny.

Ponieważ usychanie rozpoczyna się od założonej podwiązki na pępowinie, przeto w celu przyśpieszenia usychania należałoby zakładać podwiązkę jak najbliżej pierścienia skórnego. Używając jednak tasiemek nicianych, tak jak to obecnie powszechnie się dzieje, nie możemy podwiązywać tuż nad pierścieniem skórnym, z obawy, że, w razie rozluźnienia podwiązki i krwawienia z naczyń pępowinowych, trudno jest tasiemkę zacisnąć silniej na bardzo krótkim odcinku pępowiny, gdyż takowy łatwo się z podwiązki wysuwa; lepsze w tym względzie są podwiązki z grubego jedwabiu, używanego w chirurgii do zakładania podwiązek, szwów itd.

Doświadczenia, które ogłosił Budin[5]), wykazały, że dotychczasowy sposób podwiązywania pępowiny nie jest pewnym, gdyż i po silnem nawet zaciśnięciu tasiemki, już pod miernem ciśnieniem można strzykawką przeprowadzić płyn przez naczynia pępowinowe.

Dlatego polecił do podwiązywania pępowiny elastyczne kauczukowe, około 2 milimetry grube, podwiązki, które za radą Tarniera, w celu zabezpieczenia od usunięcia, poleca okręcać około patyczka, przechodzącego w poprzek pępowiny. Spostrzeżenia te potwierdzili Credé i Weber[6]) w zupełności, zalecając podwiązki kauczukowe, po założeniu których po upływie 36 godzin, nie udało im się przeprowadzić płynu przez naczynia pępowinowe. Podwiązując elastycznym sznureczkiem kauczukowym, możemy założyć podwiązkę tuż nad pierścieniem skórnym i pozostawić resztkę pępowiny tylko 1 do $1\frac{1}{2}$ ctm. długą, skutkiem czego prędzej ona może uschnąć i oddzielić się, a następnie krótki ten kawałek łatwiej jest ochronić przed niepotrzebnymi wpływami mechanicznymi, jak pociąganie, okręcanie itd. Słusznie bowiem przestrzega między innymi Ehrendorfer[7]) przed wykonywaniem silnych ruchów pępowiną, gdyż owodna w okolicy pierścienia pępkowego łatwo bardzo pęka, zanim jeszcze resztka pępowiny uschnie i w ten sposób zostaje niejako otwartą bramą gotową do przyjęcia zarazków.

Obok tych posiadają podwiązki kauczukowe jeszcze jedną ważną zaletę, że nie przyciągają wilgoci i nawet w razie nieprawidłowego obumarcia resztki pępowiny, nie mogą przyczyniać się do zatrzymywania wydzieliny.

W celu ułatwienia i przyśpieszenia o ile możności fizyologicznego oddzielenia się resztki pępowiny powinniśmy się dalej starać o ułatwienie mumifikacyi czyli uschnięcia jej, o ile możności nie drażnić jej mechanicznie i zapobiegnąć zakażeniu.

Dlatego, teoretycznie rzecz biorąc, odpowiednim wydaje się być na pozór sposób opatrywania podany przez Dohrna[8]), który, po należytem oczyszczeniu antyseptycznem, radzi zawinąć resztkę pępowiny w suchą watę karbolową i na to wszystko przyłożyć kawałek przylepca w ten sposób, aby dostęp powietrza był uniemożebnionym. Opatrunek taki bez zmiany ma pozostać do 7 dnia, poczem zazwyczaj znajdziemy pępowinę już oddzieloną.

Doświadczenia jednak przekonały, że sposób ten nie daje dobrych wyników i jeżeli tylko dostęp powietrza całkowicie nie zostanie odciętym, występuje bardzo często nie sucha, lecz mokra zgorzel, na co wyraźnie zwrócił uwagę Runge[9]); założenie zaś opatrunku zupełnie szczelnego jest rzeczą trudną i wymaga znacznej wprawy; w praktyce zatem sposób ten przyjąć się nie może.

Podobne postępowanie, stósowane na klinice w Marburgu, opisał Paul[10]). Po krótkiem obcięciu i oczyszczeniu pępowiny, osłania się resztkę jej gazą sterylizowaną, potem warstwą waty, a wreszcie papierem gutaperkowym i ustala napępnikiem. Po 6-ciu dniach opatrunek się zmienia i, w razie potrzeby, stosuje na nowo; oddzielenie pępowiny następowało od 6 do 14 dnia.

Ściśle bezgnilne opatrywanie pępowiny, jak to opisał Grósz[11]); polegające na osłanianiu resztki pępowiny sterylizowanymi płatkami płótna, zmienianymi według potrzeby, nie dało również zadowalniających wyników. Przy podobnym sposobie opatrywania, gdyż opatrunek taki zmieniano tylko co drugi lub trzeci dzień, zauważył Doctor[12]); że 11·88% wszystkich noworodków gorączkowało, a 3·46% z powodu zakażenia pępka. Wszystkie jednak opatrunki, dłuższy czas nie zmieniane, utrudniają proces fizyologiczny, jakim jest usychanie resztki pępowiny, a to z powodu niedostatecznego przystępu powietrza, a następnie usuwają z pod naszej kontroli sprawę oddzielania się pępowiny.

Polecono dalej do opatrywania resztki pępowiny różne roztwory, mające własności przeciwgnilne, jak n. p. roztwór nadmanganczyanu potasowego, a nadto stósowano pędzlowanie pępowiny dość silnymi roztworami dla przyśpieszenia oddzielenia: Schliep[13]) poleca pędzlowanie resztki pępowiny 2% roztworem azotanu srebrowego, dwa razy dziennie, poczem w większej liczbie przypadków pępowina oddzielała się już 3-go lub 4-go dnia. Spostrzeżenia porównawcze różnych sposobów opatrywania pępowiny, ogłoszone między innymi przez Godlewskiego[14]), i Wainsteina[15]), zgodnie wykazały, iż im większe są właściwości higroskopijne jakiego leku, tem więcej zaleca się on do opatrywania pępowiny. Stósowali oni do opatrunków glicerynę, roztwór nadmanganczyanu potasowego, sproszkowany węgiel drzewny, ałun, taninę, gips sproszkowany, a wreszcie gazę jodoformową i watę suchą. Nadto przekonał się Wainstein, że przy stósowaniu opatrunku nie codziennie, lecz zmienianego tylko w razie potrzeby, przyczem noworodki wcale nie były kąpane, pępowina znacznie prędzej usychała i oddzielała się, aniżeli przy codziennem stósowaniu kąpieli.

[5]) Budin. Bull. général de thérapeutique 1880.
[6]) Credé i Weber Archiv. f. Gynäkolog. Bd. XXIII Heft. I.
[7]) Ehrendorfer. Wiener med. Presse Nr. 40—42. 1892.
[8]) Dohrn. Centralblatt f. Gynäkolog. N. 14 - 1880.
[9]) Runge. Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäkolog. VI. Bd. 1881.
[10]) Paul. Wie ist der Nabelschnurrest der Neugeborenen zu behandeln? Ingang Dissert. Marburg 1894.
[11]) Grósz. Wiener klin. Rundschau N. 19—1895.
[12]) Doctor. Über die Heilung u. Behandlung des Nabels. Archiv f. Gynäkol. Bd. XIV Heft. 3.
[13]) Schliep. Zur Behandlung des Nabels der Neugeborenen Therapeut. Monatshefte. 1895. Juni.
[14]) Godlewski. Przegląd lekarski N. 27 i 28 1891.
[15]) Wainstein. Jurn. akuscherstwa i shenskich boleśnej 1894

Sprawa opatrywania pępowiny jest ściśle związaną z kwestyą stósowania kąpieli u noworodków. Jeżeli bowiem raz wyjdziemy z zasady, że do uzyskania jak najlepszych warunków szybkiego usychania pępowiny i gojenia się rany pępkowej niezbędnem jest suche jej utrzymywanie i postępowanie przeciw lub bezgnilne, to już tem samem uznajemy równoczesne stósowanie kąpieli w tej formie, jak się to obecnie dzieje, za szkodliwe. Jedno lub dwu razowe codzienne moczenie pępowiny lub rany pępkowej w naczyniach i wodzie kąpielowej, nie zawsze czystej, a w każdym razie nie wyjałowionej, nie może być bezwarunkowo obojętnem dla fizyologicznego, prawidłowego usychania i oddzielania się resztki pępowiny, gdyż wtedy zwilżamy na nowo podsychającą pępowinę, a równocześnie pozwalamy na zetknięcie się drobnoustrojów, znajdujących się w wodzie, z raną pępkową. Gdy jedni, z tych właśnie powodów, radzą bezwarunkowo wcale nie kąpać noworodków przed zupełnem zabliźnieniem się pępka, a Cohn [16]), na podstawie swego doświadczenia, zwraca nawet uwagę na częstość i łatwość zakażenia przy stósowaniu kąpieli, to drudzy, jak n. p. Sänger [17]), podnoszą wartość kąpieli, przypisując im znaczenie korzystne na młody organizm, podając jako przykład zwyczaj dawno zakorzeniony, nakazujący noworodki, nie zupełnie rozwinięte, niedonoszone, częściej kąpać, aniżeli silne i zdrowe.

Niektórzy autorowie nawet wprost przyznają, że lepiej jest, ich zdaniem, stósować kąpiele kosztem opatrywania pępowiny, aniżeli dobrze opatrywać pępowinę, a nie kąpać.

Czy kąpiele, stósowane umiejętnie, działają w ogóle korzystnie na noworodków, trudno na razie stanowczo rozstrzygnąć. To jednak jest rzeczą pewną że kąpiele wywołują większą przemianę materyi w ustroju, która i tak u noworodków jest nadzwyczaj żywą.

Celem kąpieli jednak ma być nie podniesienie przemiany materyi, lecz oczyszczanie powierzchni ciała, a to równie dobrze możemy uskutecznić za pomocą zmywania i oczyszczania skóry w razie zanieczyszczenia i w ten sposób możemy niejako zastąpić kąpiel, usuwając jej ujemne działanie. Doświadczenie poucza nas, że noworodki niedonoszone, słabe, należy ułożyć w ciepłem miejscu; a nawet, w celu zmniejszenia utraty ciepła, dobrze jest od czasu do czasu wysmarować skórę oliwą lub innym tłuszczem; wiemy dalej, że po kąpieli powierzchnia ciała jest nadzwyczajnie wrażliwą na wpływy ciepłoty: nie zrozumiałą jest więc rzeczą, w jakim celu, stosując kąpiele u noworodków codziennie, raz lub nawet dwa razy usuwamy systematycznie z powierzchni skóry prawidłową wydzielinę gruczołów łojowych i wystawiamy młody organizm na wielką utratę ciepła, w czasie, zanim noworodek po kąpieli zostanie należycie obsuszonym i ciepło zawiniętym. Że taka utrata cieplika dla ustroju obojętną nie jest, dowodzą prace E. Fischla [18]) i doświadczenia, jakie wykonał Lode [19]) a które wykazują, że skutkiem oziębienia organizm n. p. łatwiej ulega zakażeniu i jest niejako usposobionym do zakażenia się.

Prawdopodobnie wielkich korzyści przez codzienne stósowanie kąpieli u noworodków nie osiągamy, a oddając nadto tak ważny czynnik w ręce osób nie zdających sobie z tego należytej sprawy, narażamy noworodki w większości przypadków na poważne niebezpieczeństwo.

Jeżeli te uwagi wystarczają, aby zwrócić większą baczność na stósowanie kąpieli w ogóle, to zwyczaj codziennego kąpania noworodków w pierwszych dniach życia, praktykowany w zakładach położniczych, uważać musimy wprost za szkodliwy. Pomimo bowiem jak największej uwagi trudno jest dopilnować, aby służba niższa, po wykąpaniu jednego noworodka, oczyściła należycie wrzącą wodą wanienkę, często drewnianą, zanim przygotuje kąpiel dla drugiego; co więcej, trudno zawsze ustrzedz, aby w jednej i tej samej wodzie nie wykąpano czasem dwóch noworodków, powiedzmy prawdę, że w zakładach, przy niedostatecznej liczbie służby, jest to rzeczą nieunikniona. A czy jest to obojętnem gdy w wanience, niedostatecznie oczyszczonej, w której wykąpał się poprzednio noworodek, u którego np. proces odczynowy w okolicy pępka jest znaczny, a wydzielina obfita, będziemy kąpać drugiego, u którego dopiero pępowina usychać zaczyna, zapewne że nie.

Tem też możnaby po części tłómaczyć epidemiczne występowanie w zakładach u noworodków różnych chorób, jak n. p. nieprawidłowe usychanie lub gnicie pępowiny, zapalenie ropne spojówek oka, pleśniawki i t. d.

Jeżeli kąpiele koniecznie stósować chcemy, to musimy wymagać, aby naczynie, a więc wanienka, używaną była tylko do kąpieli jednego noworodka, a nie, jak to nawet w zamożnych domach prywatnych się dzieje, służyła zarazem do prania pieluch lub ścierek, na zbiornik mydlin i t. d. Następnie, aby woda, użyta do kąpieli, była przedtem przegotowaną, a następnie oziębioną, a wreszcie aby osoba, która ma kąpać noworodka, oczyściła sobie dokładnie ręce, przynajmniej ciepłą wodą, mydłem i szczotką. Ponieważ takie postępowanie jest możliwe do przeprowadzenia tylko w praktyce prywatnej i to wyjątkowo, dla tego, moim zdaniem, bezwarunkowo nie należy z zasady stósować kąpieli u noworodków w pierwszych dniach, aż do zupełnego zabliźnienia się pępka, gdyż tylko wyjątkowo, gdy istnieją wszystkie warunki korzystne, można je bez szkody stósować. Zamiast kąpieli należy raz, lub w razie potrzeby, kilka razy na dzień zmywać ciepłą wodą pośladki, okolicę otworu stolcowego, sromu i uda, a więc części ciała, które ulegają zanieczyszczeniu, a postępowanie takie najzupełniej wystarcza do utrzymania czystości.

W spostrzeżeniach różnych autorów, odnoszących się do sposobu opatrywania pępowiny, szczegół ten należycie uwzględnionym został i większość Schrader [20]), Doctor [21]), Keilmann [22]), Cohn [23]) i t. d. zgodnie radzi nie stósować kąpieli przed oddzieleniem się pępowiny. Sprawy tej jednak nie można tak pośpiesznie załatwić; należy zwrócić uwagę na zachowanie się noworodków niekąpanych i porównać z pozostającymi w takich samych warunkach, lecz u których kąpiele stósowano. I w tym względzie mamy już kilka spostrzeżeń, które wykazują, że noworodki, u których kąpieli nie stósowano, żadnej szkody skutkiem tego nie po-

[16]) Cohn. Therapeut. Monatshefte 1896.
[17]) Sänger. Centralblatt f. Gynäkolog. N. 1881.
[18]) E. Fischl. Zeitschrift f. Heilkunde Bd. XXIII Heft 4.
[19]) Lode. Archiv f. Hygiene T. XXVIII Z. 4.

[20]) Schrader. Centralblatt f. Gynäkolog. N. 46 1896.
[21]) Doctor. Archiv f. Gynökol. Bd. XIL Heft. 3.
[22]) Keilmann. Deutsche med. Wochenschrift N. 22 1895.
[23]) Cohn. Therapeut. Monatshefte. März, April 1896.

nosza; niektórzy nawet jak Keilmann[24]), Doctor[25]), wyraźnie zaznaczają, że noworodki, u których kąpieli nie stosowano, prędzej przybierały na ciężarze, aniżeli te, które kąpano. Zachowanie się zaś ciężaru ciała noworodków jest dla nas nie dwuznaczną wskazówką ogólnego stanu organizmu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. **Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyona w Paryżu.**

Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego.

Napisał

Dr. Bolesław Motz.
Asystent kliniki

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

W blizkim z temi spostrzeżeniami związku są wyniki kliniczne, które powyżej przedstawiłem; nie przeczą one im bynajmniej, lecz przeciwnie, dopełniają je. Te dane kliniczne wskazują nam rzeczywiście, iż wpływ narządu jądrowego na gruczoł krokowy nie ogranicza się tylko do gruczołów prawidłowych, lecz że istnieje także i w stanie chorobowym i gra dużą rolę w wytwarzaniu przerostu tego gruczołu. W kilku przypadkach zjawisko to występowało nadzwyczaj nie wybitnie, widoczną była różnica pomiędzy płatami gruczołu krokowego u osób, których jądra różniły się wielkością. Oprócz tych spostrzeżeń badanie 120 prostatyków wykazało, iż w większości przypadków rozwój przerostu gruczołu jest w ścisłym związku z wielkością jąder: widzieliśmy, iż częstość występowania przerostu dużego stopnia wzrasta szybko, odpowiednio do wielkości narządów płciowych zewnętrznych.

Wyniki te zgodne są z wynikiem badań histologicznych przerosłych gruczołów krokowych.

Podany przezemnie opis budowy histologicznej przerosłych gruczołów wskazuje w sposób niewątpliwy, że w ogromnej większości są one zbudowane tak samo, jak prawidłowy gruczoł krokowy dorosłego człowieka. Gruczoł przerosły nie jest bynajmniej gruczołem „starczym“, który pod wpływem jakiejś przyczyny zaczął przerastać, i co do budowy histologicznej przedstawiają one różnicę wybitną. W gruczole „starczym“ woreczki gruczołowe są znacznie rozszerzone, nabłonek w nich nizki i często zmętniały, ilość gładkich włókien mięsnych znacznie zmniejszona, tkanka łączna zbita, twarda i barwi się mocno czerwono pikrokarminem. Przeciwnie w przerosłych gruczołach krokowych te składniki histologiczne przedstawiają przeważnie cechy prawidłowe.

Nadzwyczajna częstość przerostu gruczołu krokowego, jego budowa histologiczna i wybitny rozrost jąder w $^3/_4$ przypadków przerostu gruczołu krokowego upoważniają mnie do wniosku, iż rzeczywisty przerost tego gruczołu nie jest niczem innem, jak tylko rozwojem prawidłowym, lecz przedłużonym tego gruczołu, rozwojem, zależnym od większej energii życiowej narządu płciowo-krokowego.

Badając prawidłowy gruczoł krokowy u psów, spotykałem gruczoły ogromne (50—60 grm.), które możnaby było nazwać przerosłymi; należały one do psów, mających wielkie jądra, lecz budowa ich nie różniła się w niczem od budowy prawidłowego gruczołu dorosłego psa. Dlaczego jednak, możnaby zapytać, nie wszyscy starsi mężczyźni, mający duże jądra, są dotknięci przerostem gruczołu krokowego? Sądzę, iż gdyby u wszystkich osób wiekowych narząd płciowo-krokowy był nietknięty, stosunek gruczołów wielkich u starców przekraczałby znacznie liczbę 32% podaną przez Thompsona; lecz należy uwzględnić warunki, ograniczające rozwój prawidłowy gruczołu.

Wiemy obecnie, jaki wywiera wpływ na gruczoł krokowy zniesienie związku pomiędzy nim a jądrami. Jeśli taka kastracya fizyologiczna rzadko tylko sprowadza zanik gruczołu, to ma ona niewątpliwie wpływ szkodliwy na jego siłę żywotną. Desnos, w pracy swej o stanie narządu płciowego u starców, wykazał, iż w połowie przypadków jedno lub oba przyjądrza, a często nawet przewody nasienne, ulegają zarośnięciu samoistnemu.

Zdaje mi się, iż dane te wystarczą do wytłómaczenia, dlaczego nie zawsze znajdujemy wielki gruczoł krokowy u osób, których jądra mają duże rozmiary, lecz oprócz tej przyczyny istnieją jeszcze i inne. Sprawa miażdżycowa w tętnicach gruczołu krokowego upośledza stale jego rozwój; w taki sam sposób działa przewlekłe zapalenie, prowadzące do stwardnienia gruczołu.

Pozostaje jeszcze kilka kwestyj, będących w związku z tą sprawą, których wyjaśnienie jest konieczne. Chciałbym w krótkich słowach powiedzieć o przeroście gruczołu krokowego u osób mających jądra bardzo małe i o nadzwyczajnych rozmiarach niektórych gruczołów przerosłych.

Starałem się udowodnić, iż żywotność narządu jądrowo-krokowego jest najgłówniejszą przyczyną przerostu gruczołu i że o tej żywotności sądzić można do pewnego stopnia według wielkości jąder. Jednakowóż z tej tablicy, którą przedstawiłem powyżej wynika, iż przerost istnieje niekiedy u osób o jądrach bynajmniej nie wielkich. Jakże wytłómaczyć tę sprzeczność? Sądzę, że takie niezwykłe przerosty, zarówno jak i nadzwyczajna wielkość niektórych gruczołów i ich rozmaite odmiany, dadzą się łatwo wytłómaczyć, jeżeli uwzględnimy jeden czynnik, grający ważną rolę w patologii narządu moczowego.

Czynnikiem tym jest przekrwienie, znane dobrze wszystkim, zajmującym się chorobami dróg moczowych. Może ono wyjaśnić nietylko przytoczone fakty, lecz i rzucić pewne światło na sam rozwój prostatyzmu. Jaka jest przyczyna i jaki sposób działania tego przekrwienia? Przekrwienie narządu moczowego u prostatyków stawiamy w zależności od miażdżycy wielkich naczyń tętniczych. Od czasu prac Lobsteina wiemy, iż miażdżyca tętnic nie bywa nigdy cierpieniem ogólnem i że częstość występowania jej w danej tętnicy jest w prostym stosunku do wielkości tego naczynia, a mianowicie tętnice wielkie ulegają jej bardzo często, podczas gdy drobniejsze rzadko. Późniejsze badania Rokitańskiego, Charcota, Branta potwierdziły ogólną słuszność tej zasady; co się zaś tyczy narządów nas obchodzących w tej chwili, to badania Caspera, Bohdanowicza, Ciechanowskiego

[24]) Keilmann. Deutsche med. Wochenschrift N. 22 1895.
[25]) Doctor. Archiv f. Gynakolog. Bd. XLV. Heft. 3.

i moje udowodniły, że *arteriosclerosis* pierwotna zdarza się stosunkowo rzadko. U ludzi, dotkniętych miażdżycą, u których wielkie naczynia utraciły prawidłową sprężystość, krążenie ulega niewątpliwie zmianom. Wszelkie wstrząśnienia, wszelkie zmiany w ciśnieniu, zamiast odbić się na całem rozgałęzieniu naczyniowem, powodują skierowanie prądu krwi do naczyń, których sprężystość jest zachowaną i wywołują przekrwienie miejscowe. Lecz oprócz czynników przypadkowych, mniej lub więcej częstych, ustrój nasz podlega podczas snu zmianom okresowym w krążeniu. W stanie prawidłowym krew z mózgu, odpływając podczas snu do innych narządów, rozdziela się po całym układzie naczyniowym. Według Masso przypływa ona głównie do naczyń obwodowych; lecz jeżeli część z pomiędzy nich straciła swą sprężystość, krew kieruje się do naczyń nieuszkodzonych, bardzo często do narządu moczowego. Na podstawie danych z anatomii patologicznej można przewidzieć z góry następstwa tego zjawiska, powtarzającego się stale.

Wiadomem jest, że przewlekłe przekrwienia są przyczyną naprzód bujania łączno-tkankowego, t. j. marskości mniej lub więcej wybitnej, a w następstwie zaniku pierwiastków histologicznych wyższych do tego narządu. Stan wątroby u osób cierpiących na serce przedstawia najlepszy przykład marskości na tle przekrwienia.

Takie przekrwienia u ludzi, dotkniętych stwardnieniem tętnic, powodują bujanie łączno-tkankowe ogólne, zwane „usposobienie włókniste (diathèse fibroide)“, które rozwija się nawet w miejscach, nie mających ani śladu arteriosklerozy miejscowej. Dwie są zatem drogi niszczenia narządów u osób z miażdżycą tętnic: 1) bujanie tkanki włókn. wokoło stwardniałych naczyń i w następstwie zmniejszenie odżywienia narządu, 2) marskość powstała skutkiem przekrwienia, prowadząca do zaniku pierwiastków szlachetniejszych w narządzie. Przyjmując to twierdzenie, łatwo będzie zrozumieć ważny fakt, spostrzegany oddawna przez anatomopatologów, a mianowicie, współistnienie u starców zapalenia nerek śródmiąższowego (nephritis interstitialis) jednocześnie ze stwardnieniem grubszych pni tętniczych.

Jeżeli jednak dla innych narządów brak nam do pewnego stopnia dowodów istnienia takiego przekrwienia miejscowego, to mamy ich aż zanadto dla części dolnej narządu moczowego, i nikt, zdaje się, nie zaprzeczy nadzwyczajnej częstości przekrwień u prostatyków. Prawdopodobnie, początek cierpienia stanowi tylko przekrwienie nocne narządu moczowego wskutek napływu krwi od mózgu ku dołowi, wyrażające się uczuciem potrzeby częstego urynowania. Następstwem takiego stanu, trwającego lata, jest rozwinięcie się marskości dotkniętego narządu.

Jeżeli gruczoł krokowy odznacza się słabą żywotnością w przypadkach, o jakich mówiliśmy wyżej, to nie może reagować na to przerostem prawdziwym, to jest przerostem wszystkich części, wchodzących w skład gruczołu prawidłowego; lecz może uledz przerostowi na tle przekrwienia przewlekłego. Tłómaczenie takie zgadza się zupełnie z wynikami badania chorych. W moich przypadkach klinicznych znalazłem 16 razy przerost gruczołu krokowego u ludzi o jądrach małych, i na te 16 przypadków, w 12 zanotowałem, iż gruczoł był bardzo twardy. Takie samo objaśnienie da się zastósować do przypadków o ogromnym przeroście. Współczesne istnienie prawie stale stwardnienia tętnic obwodowych i wielkiego przerostu gruczołu krokowego stanowi poważną podstawę dla tego tłómaczenia zjawisk.

Nadto wpływ przekrwienia powtarzającego się i przewlekłego pozwala na zrozumienie odmian budowy histologicznej, jakie przedstawia przerosły gruczoł. Następstwem takich przekrwień jest albo marskość lżejszego stopnia, albo zniszczenie pierwiastków mięśniowych i gruczołowych. W takich gruczołach można znaleźć rozmaity stosunek wzajemny tkanek składowych, raz przewagę części nabłonkowych nad podścieliskiem łączno-tkankowem, to znów odwrotnie.

Narządem, który po nerkach cierpi najwięcej wskutek tych przekrwień nocnych, jest pęcherz.

Jak już wspomniałem powyżej, pierwsze objawy przekrwienia w gruczole krokowym wyrażają się tylko częstszą potrzebą oddawania moczu. Według prof. Guyona przyczyną jest tu nie ułożenie na plecach, lecz sam sen. Długotrwałe działanie takiego przekrwienia powoduje jako następstwo konieczne marskość ścian pęcherza, a zatem zwyrodnienie mniej lub więcej wybitne włókien mięsnych.

Na podstawie moich badań sądzę, iż przerost gruczołu krokowego nie jest główną przyczyną objawów klinicznych „prostatyzmu“. Z jednej strony mamy prostatyków bez powiększenia gruczołu, z drugiej — w połowie przypadków — przerost gruczołu nie pociąga za sobą żadnych objawów chorobowych. Tem bardziej nie można tłómaczyć zaburzeń pęcherzowych na podstawie samej tylko niedostatecznej sprawności ściany pęcherzowej. U ludzi dotkniętych wiądem rdzenia lub zwężeniem cewki moczowej pęcherz częstokroć nie jest w stanie opróżnić się z moczu, a pomimo to nie występują takie objawy, jak u starców. Zjawisko główne w tem cierpieniu stanowi przekrwienie narządu moczowego, wywołujące z jednej strony potrzebę częstego urynowania, z drugiej zwyrodnienie włókniste mięśnia pęcherzowego.

Przerost gruczołu krokowego stanowi w zaburzeniach czynnościowych u starców przyczynę dodatkową, aczkolwiek nadzwyczaj ważną. Jeżeli obok pęcherza, już osłabionego wskutek zwyrodnienia ściany, powstanie przeszkoda ze strony gruczołu krokowego, niedostateczność czynności pęcherza będzie tem większa i opróżnianie jego tem mniej dokładne. Niema przeto nic dziwnego w tem, że spotykamy tak często przerost gruczołu u ludzi wiekowych, dotkniętych zaburzeniami czynnościowemi w narządzie moczowym.

Z tego wszystkiego wynika, iż p r z e k r w i e n i e n a r z ą d u m o c z o w e g o powstałe w następstwie stwardnienia wielkich tętnic, zbadane poraz pierwszy przez profesora G u y o n a, stanowi czynnik najgłówniejszy w zaburzeniach moczowych u starców. Streszczając wyniki, wyrazić się mogę, że:

1. Przerost prawdziwy gruczołu krokowego przedstawia tylko prawidłowy rozwój gruczołu, zależny przedewszystkiem od żywotności odnośnego narządu.

2. Odmiany anatomiczno-patologiczne tego przerostu, a przedewszystkiem nadzwyczajne rozmiary niektórych gruczołów, dają się wytłómaczyć działaniem przekrwienia narządu moczowego, będącego następstwem stwardnienia wielkich tętnic.

3. Główną przyczyną „prostatyzmu“ nie jest *arteriosclerosis* miejscowa w narządzie moczowym, jak opisywał Launois, lecz przekrwienie tego narządu wraz z następowem zwyrodnieniem ściany pęcherzowej.

4. Przeszkoda mechaniczna, wynikająca z przerostu gruczołu, stanowi czynnik drugorzędny, dołączający swój wpływ do pierwotnego osłabienia pęcherza.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. A. Hoche. **O rozpoznawaniu wczesnych okresów bezwładu postępowego.** (Tłóm. Dr. Dydyński — Odczyty kliniczne. Serya IX. Zeszyt 8 str. 22).

Rozpoznanie wczesnych okresów bezwładu postępowego natrafia czasem na wyjątkowe trudności.

Hoche, wyjaśniwszy w długim wstępie, co należy rozumieć przez wczesne rozpoznawanie porażenia postępowego, dotyka sprawy istoty cierpienia i, zaznaczywszy wyraźnie swe własne zapatrywanie, że wiąd i porażenie postępowe są to dwie odrębne postacie chorobowe, posiadające wiele zasadniczych punktów wspólnych i łączące się w pewnych przypadkach u jednych i tych samych osobników, — przechodzi do rozpatrzenia objawów poszczególnych.

Ze względu na ważność i częstość występowania H. zalicza tu przedewszystkiem zaburzenia ze strony źrenic. Przy badaniu tego objawu należy zwrócić baczną uwagę na absolutną odległość, możliwość istnienia zapalenia tęczówki, oraz możliwość wpływu środków rozszerzających źrenicę, a przed badaniem zastosowanych, dalej, wiek i płeć badanego, natężenie światła (oczy w jednakowym stopniu oświetlone). Dokładne zbadanie źrenic jest rzeczą bardzo ważną, gdyż wszystkie, niedawno powstałe, pozornie czynnościowe, neurozy i psychozy u mężczyzn w wieku od 28 — 55 lat powinny wzbudzić podejrzenie porażenia postępowego, jeżeli istnieje zwrotna nieruchomość źrenic, lub niejednakowa szerokość źrenic, przy słabej ich reakcyi.

Dalej szereg wczesnych oznak porażenia postępującego jest zbiorem objawów tabetycznych, a mianowicie: bóle świdrujące, uczucie opasywania, znieczulenia na nogach, zaburzenia żołądkowe, zanik nerwu wzrokowego, przenikające porażenia mięśni ocznych.

Największą wartość rozpoznawczą posiada całkowite zniesienie odruchu kolanowego.

Powodem tego objawu jest przerwa szlaku odruchowego w rdzeniu, co przy porażeniu postępowem zdarza się najczęściej w tylnych korzonkach, lub w tylnych paczkach.

W wielu przypadkach porażenia postępowego zdarza się także wzmożenie odruchów ścięgnistych w kończynach dolnych; w takim razie sprawa patologiczna umiejscawia się najczęściej w bocznych pęczkach piramidalnych grzbietowej części rdzenia. W okresie wstępnym cierpienia, częściej zdarza się wzmożenie odruchów, aniżeli zniesienie: — dopiero w okresach późniejszych zmienia się ten stosunek.

Dla sprawy wczesnego rozpoznania choroby posiadają równie ważne znaczenie: napady paralityczne, które w początkowych okresach cierpienia przypominają t. z. *petit mal*: zblednięcia, omdlewania, nagłe zawroty głowy, krótkotrwałe utraty przytomności. Lekkie napady nerwowe zjawiają się niespostrzeżenie w nocy, w czasie snu, — powodują szybko przechodzące niedowłady, zaburzenia w mowie, pismie, spowodowują uczucie drętwienia w jednej połowie ciała, lub jednej kończynie. Z tymi objawami w związku występują od czasu do czasu silne bóle głowy (Augen migräne). Wszystkie powyższe objawy posiadają znaczenie rozpoznawcze wtedy, jeśli występują poraz pierwszy w wieku średnim, bez widocznej przyczyny, pośród wrzekomego zdrowia.

Objawy podmiotowe: bóle neuralgiczne w okolicy nerwu trójdzielnego i nerwu potylicowego, bóle w kończynach, rozlane bóle głowy, uczucie ucisku głowy, wreszcie brak snu, nabierają wartości rozpoznawczej, jeśli występują równocześnie z innymi objawami porażennemi.

W końcu roztrząsa Hoche objawy psychiczne, które zawsze występują już w okresie wczesnym cierpienia.

Do tych należą: złe samopoczucie, stan przygnębienia, nadmierna drażliwość, objawiająca się w nieznoszeniu hałasu, opozycyi, najdrobniejszych przykrości życia codziennego, dość wczesne i powoli postępujące osłabienie pamięci, upadek uczuć etycznych i estetycznych, a do najważniejszych: osłabienie władz umysłowych, obłęd wielkości, paralityczne stany podniecenia.

Znaczne trudności pod względem rozpoznawczym przedstawia odróżnienie wczesnego okresu porażenia postępowego od neurastenii i od rozmaitych stanów, towarzyszących przewłocznemu alkoholizmowi, np. od t. z. *pseudoparalysis alcoholica*.

Uwagami o znaczeniu wczesnego rozpoznania rozpoczynającej się choroby zamyka Hoche swą zajmującą i pouczającą pracę. *Dr. Z. W.*

V. Wyciągi.

Prof. Dittrich. **Przypadek zakrwawienia się noworodka z podwiązanej pępowiny. Wykluczenie rozmyślnego zaniedbania pomocy potrzebnej przy porodzie, na podstawie badania przedmiotowego.** (*Prager medicinische Wochenschrift* Nr. 43, 44 r. XXII). Autor opisuje przypadek, w którym dziecko zakrwawiło się, mimo podwiązania pępowiny, co prawda przez osobę niedoświadczoną i w sposób niewystarczający. Oto krótki przebieg przypadku:

Wieloródka, ciężarna po raz trzeci, w drodze do kliniki, dokąd jechała ze wsi dla odbycia porodu, rodzi dziecko niedonoszone (2110 gr. wagi). Towarzyszka podróży, z zawodu sługa również jak i rodząca, podwiązuje koniec pępowiny bliższy dziecka tasiemką, jaką miała pod ręką, okręcając takową kilkakrotnie koło pępowiny, koniec zaś pępowiny, bliższy łożyska, pozostawia niepodwiązany. Po przybyciu do kliniki badanie wykazało, że noworodek jest umierający i że pępowina była tylko luźnie podwiązaną. Wkrótce noworodek umarł, a sekcya sądowo-lekarska wykazała śmierć z zakrwawienia. Innych źródeł krwotoku nie znaleziono. Długość resztki pępowiny przy pępku wynosiła 9 cm. Jako źródło krwotoku zatem przyjęto naczynia pępowiny, niedostatecznie zaciśnięte podwiązką. Co się tyczy znaczenia sądowo-lekarskiego przypadku Dittricha, to autor jako rzeczoznawca, uważa za niewinną tak matkę, która udawała się do kliniki, ażeby tamże szukać opieki dla siebie i dziecka, nie mogła zatem pragnąć jego śmierci, jak również jej towarzyszkę podróży, która również nie chciała dziecku szkodzić, owszem ratowała je jak umiała, a jeżeli pępowinę podwiązała nieumiejętnie i za słabo, to tylko skutkiem niewiadomości, jak świadczy o tem i ta okoliczność, że koniec pępowiny bliższy łożyska pozostawiła całkiem nie podwiązany, czegoby prawdopodobnie nie uczyniła gdyby była obznajomioną z tego rodzaju czynnością.

W artykule tym nie wspomina autor o doświadczeniach, wykonanych przez Budina, Webera i Credego, które wykazały, że i po podwiązaniu pępowiny *lege artis* tasiemką nicianą, naczynia pępowiny nie zawsze są dostatecznie zaciśnięte. (Przypisek sprawozdawcy).

Piotrowski.

Barlow (Monachium): **Leczenie ostrej rzeżączki protargolem wraz z omówieniem leczenia irygacyjnego świeżej rzeżączki.** (*Münch. med. Woch.* 1897. Nr. 45 i 46). B. potwierdza korzystne wyniki Neissera (Dermat. Centrbl. 1897. Nr. 1), otrzymane zapomocą tego nowego przetworu srebrowego. Wstrzykiwanie należy rozpocząć jak najwcześniej po stwierdzeniu gonokoków. Robi się je 3 razy dziennie: dwa pierwsze po 5 minut, trzecie przez 30 minut, przyczem płyn zmienia się co 5—10 min.

Używa się przytem roczczynu co raz silniejszego od 0.25—0.50—1.00%. Dwa pierwsze wstrzykiwania można następnie zastąpić środkami ściągającymi. Gonokoki szybko znikają z wydzieliny, mimo to leczenia nie należy przerwać zawcześnie, gdyż w przeciwnym razie mogą nastąpić niemiłe niespodzianki.

Metoda Janeta, polegająca na wstrzykiwaniu pod parciem 1.5—2.0 metrów za pomocą irygatora do cewki i pęcherza roczczynu nadmanganezianu potasowego, niema żadnych zalet przed zwyczajnem wstrzykiwaniem i jest zupełnie zbyteczną, dopóki zajętą jest tylko przednia część cewki. Inaczej rzecz się ma przy równoczesnem zajęciu części tylnej. Zastósowanie irygatora w celu zadziałania na tę część cewki i na pęcherz jest dla chorego przyjemniejsze i bezpieczniejsze od wprowadzenia do cewki różnych polecanych w tym samym celu przyrządów. Przytem zwłaszcza przy leczeniu poliklinicznem, jest to sposób najtańszy, gdyż jednym przyrządem (z kilkoma oliwkami szklanemi różnej wielkości przechowywanemi w sublimacie) mogą być leczeni bez niebezpieczeństwa przeniesienia zakażenia liczni chorzy. Do płókań tych używa autor roczczynu protargolu $^1/_4$—$^1/_2$%. Podrażnienie jest tu bardzo małem, a przy roczczynach 1:2000 i 1:1000, które są także bardzo skuteczne, nie ma żadnego.

Jeszcze odpowiedniejszem, mianowicie przy leczeniu w domu, mogłoby być zastósowanie w podobnym celu jak irygatora, większej strzykawki; jednak trudno jest bardzo chorych wyuczyć odpowiedniego jej używania, zwłaszcza w okresie ostrym. Udaje się to zaś często po stósowaniu przez jakiś czas irygatora. *Lewkowicz.*

Künne (Elberfeld): **Chloran potasowy.** *(Berl. klin. Woch.* 1897 Nr. 46). W n. 27. 1897. *Berl. klin. Woch.* opisał Jacob przypadek otrucia po spożyciu 25.0 chloranu potasowego i na tej podstawie przestrzegał przed używaniem nawet małych dawek tego leku, bo chociaż nie sprowadzają one śmierci, to łatwo mogą wywołać krwotoczne zapalenie nerek.

Otóż autor protestuje przeciw temu wnioskowaniu, a obawy podobne nazywa przesądem, gdyż nie opierają się one na żadnych ściślejszych spostrzeżeniach. Przeciwnie, z dwudziestoletniej praktyki autora, wśród której stosował on chloran potasowy w dużych dawkach, w przeszło tysiącu przypadków rozmaitych zapaleń gardła, błonicy, zgorzeli płoniczej, wynika, że środek ten w dawkach stósownych jest zupełnie nietrującym. Autor spostrzegał tylko jedyny raz objawy zatrucia (żółtaczka, niebieskawe zabarwienie gałek ocznych i skroni, śpiączka, ślad białka i krwi w moczu) u dziecka 3-letniego, któremu rodzice, wbrew przepisowi i ze zbytniej gorliwości, podali aż *12.5* w ciągu doby.

Autor każe zażywać i to tak dzieciom jak dorosłym w przypadkach lżejszych 2% roczczyn 6 razy dziennie po łyżce stołowej; w przypadkach cięższych 4% roczczyn co godzinę dniem i nocą tak jednak, aby dawka na dobę nie wynosiła więcej, jak *8.0.* Dorośli płuczą gardło przed połknięciem. Lekki białkomocz, tak częsty przy błonicy, nie stanowi przeciwskazania. Środek działa tylko na części, z któremi się przy połykaniu bezpośrednio styka, jest zatem bezskuteczny w błonicy nosa i krtani. *L.*

Hofbauer. **Przyczynek do fizyologii połogu.** *(Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. V. Ergänzungsheft).* Skąpa literatura w sprawie zachowywania się składników krwi u kobiety ciężarnej, podczas porodu i w połogu zachęciła autora do powyższej pracy. H. przedsięwziął obliczenia ilości ciałek białych u 22-ch kobiet brzemiennych, w rozmaitych okresach porodu i połogu. Pomiędzy rodzącemi było 16 pierwiastek, a 6 wieloródek; porody przeważnie prawidłowe, jeden kleszczowy, w trzech przypadkach przeciąganie się drugiego okresu. Z liczby ciałek białych autor nakreślił krzywe, które wykazują, że w przebiegu porodu liczba ciałek stopniowo się zwiększa, dochodzi do *maximum* w trzecim okresie — po urodzeniu się dziecka, poczem zwolna opada. — U pierwiastek i przy przeciąganiu się drugiego okresu porodowego ilość leukocytów zwiększa się prawie w dwójnasób i krzywa wstępuje stromiej, aniżeli u wieloródek i podczas porodu prawidłowo przebiegającego. W 10—12 godzin po osiągnięciu szczytu krzywa spada do *minimum* i dopiero 2-go lub trzeciego dnia podnosi się powtórnie, równocześnie z przybywaniem pokarmu do piersi. Następnego dnia opada już do normy i pozostaje nadal na tej wysokości. Dla wyjaśnienia przyczyny leukocytozy podczas porodu, przyjmuje H. tłómaczenie Schulza, że wskutek fizycznej pracy ciśnienie w jamie brzusznej się zwiększa, skutkiem tego żyły ulegają uciśnięciu, a to wpływa na przyspieszenie krążenia krwi i zwiększony ruch leukocytów w krążącej krwi. Drugie podwyższenie ilości ciałek białych w czasie przypływania pokarmu, tłómaczy autor miejscowemi zmianami w samych gruczołach mlecznych. *Ww.*

Gelpke: **Kilka uwag o rozmiękczeniu kości u dorosłych (osteomalacia).** *(Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie, Bd. V. Ergänzungsheft).* G. rozstrząsa w swej pracy kilka ważnych kwestyj, dotyczących tej choroby, mianowicie sprawę końcowego skutku wytrzebienia, wpływ leczniczy chloroformu i fosforu, wreszcie kwestyę istoty choroby i stosunku rozmiękczenia połogowego do niepołogowego.

W dziewięciu przypadkach wytrzebienia (między temi 3 cięcia cesarskie met. Porro) G. miał bardzo dobre wyniki; w jednym z nich tylko później stan się nieco pogorszył, wogóle jednak uważa autor ten środek za najlepszy, gdyż zapomocą niego zdołamy przeszło 70% wszystkich przypadków uleczyć. Działaniu chloroformu przy operacyi odmawia autor wszelkiego wpływu, przypisując go jedynie tylko przedwczesnemu ustaniu regularności (climax anticipandum), pod wpływem wytrzebienia. Również i fosfor nie oddał autorowi takich usług, o jakich inni autorowie piszą i można się bez niego prawie zawsze obejść. G. zwraca uwagę na tę okoliczność, że czasami, prócz kości ulegają rozpulchnieniu i rozmiękczeniu także części miękkie miednicy; z drugiej strony niektórzy autorowie podnoszą ten fakt, że w ciąży istnieje rodzaj rozmiękczenia kości miednicy w granicach fizyologicznych, analogicznie do równoczesnego rozpulchnienia części miękkich. Ten stan fizyologicznego rozmiękczenia kości w ciąży uważa G. za punkt wyjścia osteomalacyi, skoro granice fizyologiczne zostaną przekroczone, a wpływ trzebienia polega na zmniejszeniu się ilości krwi, zarastaniu naczyń krwionośnych, następowem kurczeniu się i twardnieniu części miękkich, jakoteż i kości, jak to zazwyczaj ma miejsce w zakresie narządów miednicy przy prawidłowem ustaniu regularności w późniejszym wieku. *Ww.*

Cohn: **Doświadczenia lecznicze z urotropiną.** (*Berl. klin. Woch.*, 1897, Nr. 42). Urotropina, heksametylentetramina, powstaje z aldehydu mrówkowego i amoniaku. Już Nicolaier zwrócił uwagę, że mocz wydzielony po podaniu tego środka (3,0—6,0 dziennie) nie ulega rozkładowi nawet po dodaniu do niego kilku kropli moczu kisnącego; a w stosunkach chorobowych mocze, które zawierały znaczne ilości osadu złożonego z kw. moczowego i moczanów, stają się czyste. Urotropina bardzo szybko przechodzi do moczu, gdzie może być wykazaną wodą bromową (osad pomarańczowy) i szybko z moczu znika. Nie wywołuje ona żadnych niekorzystnych skutków ubocznych; po dłuższem zażywaniu mogą się jednak pojawić przypadłości żołądkowe, a wtedy należy środek odstawić.

Autor podawał ją w dawkach 0,5 w proszku 3 razy dziennie. W przypadkach zapalenia pęcherza na tle przerostu gruczołu krokowego skutek był uderzający: mocz szybko się wyjaśniał, oddziaływanie stawało się kwaśnem, a ilość ciałek ropy mniejszą. Skutek jednak nie był trwałym, wogóle środek działał tak długo, jak długo był podawany, względnie, jak długo można go było wykazać w moczu. Widocznie nie zabija on w moczu pasorzytów, tylko powstrzymuje ich rozwój i rozmnażanie się.

Trwałe wyniki osiągnął autor u kobiet w kilku przypadkach zapaleń pęcherza z przyczyny nieznanej.

Przy zajęciu gruźliczem pęcherza, i przy zapaleniu ostrem rzeżączkowem nie było skutku żadnego.

Lewkowicz.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Chelidoninę, alkaloid z jaskólczego ziela (Chelidonium majus), polecany jako środek kojący bóle i mający zastąpić morfinę, stosował H. Guth („Therapeutische Monatshefte", 10, 1897) w dawce 0·10—0·30 w przypadkach raka żołądka, wiądu rdzenia, rozmiękczenia kości itd. i przekonał się, że środek ten ani niekoi bólów, ani niesprowadza snu, natomiast łatwo powoduje przykry dla chorego slinotok, a nawet wymioty. Na podstawie swych doświadczeń odmawia G. chelidoninie wszelkiej wartości leczniczej. R.

Wright zaleca w białkomoczu podczas ciąży stosowanie środków czyszczących bez przerwy, aż do chwili rozpoczęcia porodu. Autor rozpoczyna leczenie od podawania 15,0—30,0 grm. soli gorzkiej i bezpośrednio potem obfitej lewatywy; następnie 2—3 razy co godzinę po 8,0—15,0 grm. tego samego środka. Po wywołaniu obfitego wypróżnienia przez kilka dni następnych, stosuje W. ten sam środek w mniejszych dawkach, by otrzymać 4 wypróżnienia dziennie, później zaś tylko dwa stolce płynne na dzień i to tak aż do rozpoczęcia się porodu. W. posługuje się następującą formułką:

Magnes. sulfur. 60,0
Acid. tartar. 10,0
Tinct. cardamom. comp. 8,0
Aquae dest. 42,0

MDs. 3 razy dziennie po łyżeczce od kawy w letniej wodzie zażyć.

Autor nie jest zwolennikiem dyety mlecznej, którą chore niechętnie znoszą; przeciwnie dozwala jeść ryby, białe mięso, masło, chleb czerstwy, owoce, a pić mleka, ile chore pragną. Pod wpływem tej dyety i powyższego leczenia białkomocz się zmniejsza i unika się wystąpienia drgawek porodowych. („La Semaine médicale" 1897, Nr. 51). Ww.

Prof. Dr. A. Neisser w Wrocławiu używa w rzeżączce nowego połączenia srebra z istotami proteinowemi, nazwanego protargolem, i to w rozcieńczeniu od 0.25—0,50—1.0 na 100,0, wstrzykując 3 razy dziennie i zalecając zatrzymywać w cewce przez pierwsze dwa razy przez 5 minut, a ostatni raz w końcu dnia 30 minut. Leczenie rozciąga się zwykle na 3—4 tygodni. Po kilku dniach zaś można się zadowolnić tylko jednem takiem przedłużonem wstrzykiwaniem („Derm. Centrbl"., 1897, Z. 1). F. K.

Dr. Sack (Heidelberg): Dalsze doświadczenia z ichtyalbiną. Dobrze w praktyce znany ichtyol zastępuje autor ichtyalbiną. Głównym składnikiem ichtyolu jest kwas siarko-ichtyolowy, którego sole wprowadzono w handel; zawiera on dużą ilość siarki. Ichtyalbina zaś jest połączeniem ichtyolu z białkiem, jednak bez swoistego oleju, o nieprzyjemnej woni; jest więc przetworem, mającym postać brunatnego proszku, bez smaku i zapachu, rozkładającym się w alkalicznym soku jelitowym na ichtyol i białko. Własności lecznicze posiada w tym samym stopniu, co ichtyol, szczególnie zaś w dermatologii, jako środek przeciwzapalny i zwężający naczynia. Wewnętrznie użyty, oprócz powyższego działania, reguluje ruch jelit, pobudza łaknienie i podnosi odżywienie. Wewnętrznie podawany, ma zastosowanie i w chorobach skórnych, jak w rozszerzeniu naczyń włosowatych, w sprawach zastoinowych skóry (wypryskach), w chorobach skórnych, wikłających cierpienia przewodu pokarmowego (pokrzywka, świerzbiączka, lichen strophulus), wreszcie, gdy istnieje złe odżywienie, a więc w gruźlicy skóry, kile i t. d. Ichtyalbina więc jest godnym zastępcą ichtyolu, a przewyższa go tem, że chorzy bardzo dobrze go znoszą. (Monatsh. f. prakt. Derm." 1897).

O. Rosenthal leczy trądzik (acne rosacea) zapomocą ciepłej wody, i to w ten sposób, że obok ciepłych obmywań miejsc chorych, zaleca częściowe kąpiele ciepłe, wychodząc z zasady, że one, często używane, przez rozszerzanie naczyń krwionośnych w różnych częściach ciała, zmniejszają napływ krwi do części chorych. Stosuje więc kilka razy dziennie kąpiele ciepłe (37°—40°) na kończyny górne, dolne i nasiady, przez 10—15—20 min. Działanie kąpieli udowadnia znikaniem uderzeń krwi do głowy u kobiet w wieku przejściowym i brakiem ziębnięcia nóg u osób niedokrewnych, po przejściu tego leczenia. Metodę tę naturalnie wspierać muszą środki dyetetyczne i leczenie istniejących często chorób przyczynowych. („D. med. Woch.", 1897, 42). F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie z d. 30 listopada 1897 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 8. Jako gość Prof. Trochanowski.

1. Na podstawie wniosku Prof. Dra Łazarskiego uznano, że benzyna do celów farmaceutycznych, wyrabiana w rafineryi Adama hr. Skrzyńskiego w Libuszy jest produktem zupełnie dobrym, nieustępującym w niczem takimże produktom zagranicznym i że zasługuje na polecenie. Benzyna ta ulatnia się zupełnie bez pozostawienia śladów, ma c. g. 0·715, wrze w ciepłocie 78·5 C, rozpuszcza się w 90·0 wyskoku w 5 częściach zupełnie, a z mięszaniną kwasu siarkowego i azotowego nie zmienia się. (Wniosek ten Towarz. Lekar. Krak. zamieniło w uchwałę na posiedzeniu w dniu 1. 12. 1897).

2. Przyjęto do wiadomości starania, jakie poczynił Sekretarz komisyi w celu zachęcenia producentów środków leczniczych, dyetetycznych i higienicznych, przez Tow. Lek. Krak. poleconych, do wzięcia udziału czynnego w Wystawie jubileuszowej Najjaśniejszego Pana mającej się odbyć w roku 1898 w Wiedniu.

3. Uchwalono w porozumieniu z Tow Lek. Krak. zająć się współudziałem w Wystawie lekarskiej, jeżeli takowa przyjdzie do skutku podczas Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu.

4. Naocznie stwierdzono, że pastylki sublimatowe wyrobu mag. farm. M. Zahradnika, wzięte niespodzianie z jednej z aptek krakowskich, odznaczają się wzorowem i starannem opakowaniem.

5. Prof. Trochanowski przedstawił wynik rozbioru chemicznego trzech zdrojów z Krościenka, będących własnością P. Dziewólskiego. Są to szczawy słono alkaliczne ze znaczną ilością wolnego bezwodnika węglowego, a ilością ciał stałych między 7·8 a 10%. Na wniosek referentów Prof. Dra Olszewskiego i Prof. Dra Jaworskiego uchwalono wstrzymać się od bliższego ocenienia wartości leczniczej tych zdrojów, dopóki Komisya nie przekona się o należytym sposobie napełniania tą wodą zdrojową flaszek i nie porozumie się z właścicielem co do odpowiedniego ocembrowania zdrojów.

6. Prof Trochanowski podał do wiadomości całkowity ilościowy skład zdroju Karola w Wysowej według świeżego przez siebie dokonanego rozbioru chemicznego. Zdaniem referenta Prof. Dra Olszewskiego i Prof. Dra Jaworskiego zdrój ten jest słabą szczawą alkaliczno-słoną, zawierającą bardzo znaczną ilość dwuwęglanu żelaza, wobec miernej ilości wolnego kwasu węglowego, zbliżoną do innych zdrojów wysowskich, a najwięcej do zdroju Rudolfa, wobec czego zdrój Karola będzie miał to samo zastosowanie i te same zalety lecznicze, co i inne dotąd używane zdroje wysowskie.

Dr. Michał Śliwiński,
Sekretarz Kom. przem. lek.

Sekcya Zakopańska Tow. lek. gal.

II. posiedzenie dnia 23 października 1897 r.

Przewodniczący: kol. W. Piasecki. Członków obecnych 7, gość 1.

1) Protokół z I. posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Janiszewski zdaje sprawę ze swych usiłowań zbierania statystyki leczniczej, tyczącej się skuteczności klimatu Zakopańskiego w leczeniu rozmaitych chorób, przedstawiając odpowiednie szemata.

Lekarze w Zakopanem obowiązują się zbierać materyał dla statystyki chorób narządu oddechowego, krążenia, trawienia i nerwowego, a subkomitet, wybrany poprzednio, ma zużytkowywać ten materyał. Podane szemata statystyczne przyjęto.

3) Kol. Florkiewicz wygłosił rzecz pod tyt.: „Powietrze górskie, jako czynnik leczniczy błednicy". W zajmującym odczycie zachęcał prelegent przedewszystkiem do robienia klinicznych badań składu krwi i t. d. chorych na błednicę. W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll. Tyszkiewicz, Janiszewski, Kochnowski, Piasecki (syn) i Hawranek.

4) Kol. Janiszewski demonstrował metodę Gerberowską oznaczania ilości tłuszczu w mleku.

Sekretarz: *Dr. Hawranek.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Listy z Ameryki.

V.

Chicago w Listopadzie.

Chcąc dać czytelnikom *Przegl. lek.* pogląd na stosunki materyalne lekarzy amerykańskich, muszę ich uprzedzić kilku ogólniejszemi uwagami, odnoszącemi się do tutejszego systemu monetarnego. Jednostką monety w Stanach Zjednoczonych jest dolar. W czasie obecnym, t. j. przy systemie waluty złotej, równa się on pięciu koronom w. a. i kurs ten nie zmieni się do r. 1900, t. j. tak długo, dopóki Stanami Zjednoczonymi rządzi Mackinley; po nim najprawdopodobniej uchwaloną zostanie waluta srebrna lub bimetalizm w stosunku takim, że 1 uncya złota ma równać się 16 uncyom srebra, a w takim razie srebrny dolar straci 50% na wartości, i za granicą wynosić będzie $2^1/_2$ korony: dotknie to szczególnie nas, wychodźców, wiecznie marzących o powrocie do ojczyzny, oczywiście po złożeniu funduszu, ubezpieczającego byt na resztę życia.

Jakże się powodzi materyalnie lekarzom w Ameryce? Odpowiedź na to pytanie może być tylko względną: ażeby wyżyć skromnie z rodziną w Chicago, trzeba zarobić miesięcznie 120 dolarów = 600 koron, kawalerowi wystarczy 70 — 80 dolarów; kwotą tą pokrywa się tylko wydatki na niezbędne życia potrzeby. Koszta utrzymania na prowincyi są prawie takie same: może będzie nieco niższy czynsz za mieszkanie, ale za to wszelkie inne potrzeby życia nie są wcale tańsze, a często droższe. Honoraryum lekarza — oczywiście przeciętnie — wynosi: zwykła wizyta u chorego dolara (5 koron), wizyta w godzinie ordynacyjnej u lekarza 1 koronę; wizytą zwykłą nazywam zbadanie chorego i zapisanie recepty, bez żadnych dodatkowych badań i rozbiorów; lekarz, który wyrobi sobie wzięcie i rozgłos, wymaga zazwyczaj wynagrodzenia dodatkowego za zbadanie np. ginekologiczne, rozbiór moczu i t. d. Za badanie ginekologiczne bierze się od $1^1/_2$ do 5 koron i wyżej. Od chorego kiłowego przyjęto tu pobierać zapłatę podwójną. Za rozwiązanie rodzącej płaca jest zmienna, zależnie od wziętości lekarza i zamożności chorej: średnio za połóg prawidłowy żąda się 10 dolarów; za wykonanie obrotu lub założenie kleszczy — 15 dolarów, — przyczem w domach zamożniejszych, dolicza się czas, spędzony u położnicy. Za tę zapłatę obowiązany jest lekarz odwiedzać chorą aż do chwili, w której nastaje wszelka pewność, że zakażenie połogowe już wystąpić nie może. Cena za rękoczyny chirurgiczne jest zależną od ważności operacyi i zamożności chorego; nie istnieją operacye, opłacane poniżej dolara. Tak się rzeczy przedstawiają z lekarzem niespecyalistą.

Specyaliści i lekarze głośni mają wcale odmienną taksę: w domu u siebie specyalista pobiera 10 koron: mniej biorącego nikt za specyalistę nie uzna. Profesorowie kolegiów, cieszących się dobrą sławą, trzymają się zwykle taksy uchwalonej przez Towarzystwo, do którego należą. Taksa ta n. p. dla ginekologów jest mniej więcej następująca:

Pierwsza wizyta w domu chorej 10 — 25 dolarów, wizyta ambulatoryjna u lekarza 5 — 10 dolarów, zeszycie międzykrocza 200 dolarów, wyłyżeczkowanie macicy 100 dolarów, laparotomia 500 — 1000 dolarów; rzecz prosta, że prócz dwóch pierwszych cen, inne ulegają wahaniu się w jednym lub drugim kierunku. Za połóg prawidłowy pobiera specyalista 50 — 200 dolarów, konsultacya w mieszkaniu położnicy 100 — 300 dolarów, za obrót 100 — 200 dolarów, za cięcie cesarskie 500 — 1000 dolarów i t. d.

Taksa Towarzystwa „Chicago medical society“ dla wszystkich specyalistów i niespecyalistów jest następująca:

Wizyta w godzinie ordynacyjnej u lekarza 2 — 5 dolarów, za dokładniejsze zbadanie, jeśli tego wymaga stan chorego 5 — 25 dolarów; takie same zbadanie i leczenie w domu chorego 5—35 dolarów. Wizyty nocne (od 10 do 6 rano) płacą się podwójnie. Za świadczenie w sądzie 100 — 200 dolarów; operacye ważne i trudne opłacają się po 1000 dol. i wyżej. Jeden ze znanych mi profesorów, specyalista do chorób żołądka, za każde zbadanie mikroskopijne i chemiczne cierpienia żołądkowego, pobiera 50 dol.; oczywiście ubożsi, a zwłaszcza nasz lud wychodźczy, u niego porady nie szuka; chociaż naliczyłem 2 czy 3 przypadki, że nasi górale udawali się do tego specyalisty dróg trawiennych i zapłacili po 50 dolarów. Zazwyczaj do takiego specyalisty udają się chorzy w towarzystwie lekarza domowego, któremu specyalista wyjaśnia swoje zapatrywanie na rozpoznanie i leczenie; jeśli w ciągu leczenia lekarz domowy udaje się do tegosamego specyalisty o jakie wyjaśnienie, to ta powtórna narada uważa się za przysługę koleżeńską, a więc jest bezpłatną. W szpitalach i klinikach profesorowie ordynują bezpłatnie, z wyjątkiem chorych, będących pacyentami prywatnymi; również nie płaci się lekarzowi za operacyę na stole klinicznym. W domach zdrowia, rzecz prosta, chorzy płacą według umowy.

Prawne stosunki chorego i domowego lekarza do kliniki, są w Stanach Zjednoczonych odmienne, niż u nas. Jeśli lekarz domowy objawi chęć, a chory zgodzi się, to chory taki umieszczony w szpitalu, będzie nie tylko operowany, lecz i następnie doglądany i leczony przez swego domowego lekarza, przyczem lekarze szpitalni służą tylko radą, i tylko w razie nagłej potrzeby, pomocą. Profesor rozciąga swój dozór nad chorym i jego leczeniem, lecz lekarz domowy jest jedynym ordynaryuszem chorego i, jeśli zajdzie jaki przypadek, zakład telefonicznie sprowadza lekarza domowego. Gdy profesor chce zbadać chorego, to umawia się z lekarzem domowym dla wspólnego wyegzaminowania i naradzenia się. Jeśli lekarz domowy dla jakichkolwiek powodów nie może zająć się chorym, to umawia się z lekarzami szpitalnymi, którym pod opiekę chorego oddaje. Zwyczaj ten jest przyjęty w Chicago tylko w tych szpitalach, w których się płaci za utrzymanie chorego. W szpitalach bezpłatnych: powiatowym i miejskim, rola lekarza domowego ogranicza się tylko do odwiedzin, które są mu dozwolone o każdej porze, z wyjątkiem „wardy“, t. j. oddziału chorób zakaźnych.

Godzi się teraz zapytać, która gałąź medycyny najwięcej popłaca w Stanach Zjednoczonych? tak tu, jak i w „starym kraju“ najwięcej popłaca chirurgia: dodać tu jednak należy, że chirurdzy amerykańscy są mniej konserwatywni, więcej pochopni do noża i w istocie więcej operują, bo więcej im wolno i dlatego każdy przeciętny lekarz bierze się do operacyi. Po chirurgu idzie specyalista ginekolog i położnik, jeśli jest wyćwiczony w operacyach położniczych. Brak tu specyalistów do chorób przewodu pokarmowego; nie mniej dobre stanowisko może sobie wyrobić pedyatra. Inne specyalności również popłacają, ale trzeba być bardzo biegłym w swym zawodzie, aby współubieganie się mogło uwieńczyć się zwycięstwem.

Dr. Sieminowicz.

IX. Zjazd higienistów niemieckich odbyty w Karlsruhe od 14 do 17 listopada b. r.

Zestawił

Dr. J. Buszek,
fizyk m. Krakowa.

(Ciąg dalszy).

Drugim przedmiotem rozpraw był temat: Korzyści i szkody oddzielnego odprowadzania wód meteorycznych w miastach skanalizowanych.

Sprawozdawcami byli: Prof. Dr. Gärtner i Radca budow. Herzberg. Dla wywodów swoich przedstawili następujace wnioski:

1) Odprowadzanie nieczystości kloacznych i wód nie odpowiada obecnie w większej części miast wymaganiom, jakie ze stanowiska higienicznego stawiać się musi.

2) Kanalizacya spławna jest zupełnie w stanie odprowadzać nieczystości i wody meteoryczne z miast; tymczasem stanowcze usuwanie odprowadzanych mas, osobliwie podczas mocnej ulewy, przedstawia pokaźne trudności. Oprócz tego zupełnie przeprowadzony system odprowadzania wód deszczowych i gospodarczych jest tak w założeniu, jak i prowadzeniu zwyczajnie za kosztowny dla średnich i małych miast.

3) Wprowadzaniu wód deszczowych z ulic i dachów w otwarte strumienie nie sprzeciwiają się wogóle zasady higieniczne.

4) Zaprowadzenie systemu rozdzielania, to jest oddzielne odprowadzanie wód meteorycznych i obojętnych z fabryk z jednej strony, do czego czasami nawet porządne nadziemne odprowadzanie może wystarczyć, z drugiej strony nieczystości kloacznych, wód gospodarczych i rozmaitych wód fabrycznych, okazuje się w większej części miast, w stosunku do obecnego stanu, stanowczo postępowem.

5) System rozdzielania, w porównaniu z obecnym systemem wspólnym, jest o tyle niekorzystnym, że w czasie ulewy odprowadza wszelkie nieczystości z ulic do rzek, podczas gdy system wspólny w czasie ulewy tylko część nieczystości ulicznych oddaje przez okna kanałowe, w tym przypadku jednakowoż pomięszane z wodami gospodarczemi i nieczystościami kloacznemi. Ostatnia strona ujemna może wśród pewnych okoliczności okazać się szkodliwszą aniżeli pierwsza. Nie jest i to bez znaczenia, że w systemie oddzielenia przy zraszaniu pól traci się większą część istot pożywczych dla roślin.

6) System rozdzielenia ma tę wyższość nad systemem wspólnym, że przy stanowczo mniejszych kosztach zakładowych sieci kanałowej,

a) używa się mniejszych maszyn, mniejszych kotłów, węższych rur dla odprowadzenia ścieków;

b) wymaga mniej pola do zraszania;

c) jest możebnem przy nim więcej jednostajny, a przez to tańszy, ruch maszyn i zraszania — pierwszy tylko w dzień;

d) przy zakładaniu osadnikowych zbiorników można je urządzać w mniejszych rozmiarach;

e) w razie używania chemikaliów do osadzania ma się większą pewność co do skutku, z powodu jednostajnego ruchu przy zużywaniu mniejszych ilości środków odwietrzających i osadzających;

f) w bardzo wielu przypadkach, osobliwie gdy się dba o dokładne chemiczne osadzanie i obowiązkową dezinfekcyę wszystkich odchodów chorych zakaźnych, można lepiej wyjść przy mechanicznem osadzaniu, aniżeli w systemie wspólnym.

7) Czy się ma w jakiem mieście zaprowadzić rozdzielny, czy wspólny system, należy w każdym przypadku dokładnie zbadać higieniczne, gospodarcze, miejscowe i inne okoliczności, przyczem nie powinno brakować przedmiotowego, porównawczego obliczenia kosztów założenia i ruchu dla obydwu systemów.

W rozprawie nad niemi Prof. Baumeister i Radca budow. Lindlay zabierali głos. Obaj oświadczyli się zatem, aby nie postępowano według jednego szablonu, tylko w każdym przypadku rozważano miejscowe stosunki.

Trzeci przedmiot obrad było: Fałszowanie pokarmów i jego zwalczanie, o którem mówił starszy burmistrz ze Stuttgartu Rümelin.

Wnioski przedłożył następujące:

1) Państwa zjednoczone Niemiec, jako też większe gminy, powinny robić wielostronniejszy i rozleglejszy użytek z przysługującego sobie prawa, co do wydawania państwowych, względnie gminnych przepisów, dotyczących handlu środkami spożywczemi i środkami codziennego użytku.

2) Należy dążyć do postanowienia jednolitych prawideł w całem państwie niemieckiem dla badania i oceniania pożywek i używek.

3) Już przy pobieraniu próbek dla badania pewnych pożywek i używek, powinniby egzaminowani i zaprzysiężeni chemicy spożywczy współdziałać, o ile do tego nie są wyłącznie higienicznie czynni lekarze miejscy, dla kontroli powołani.

4) Przed zaprowadzeniem metodycznego i jednolitego badania i oceniania pożywek i używek muszą być urządzone publiczne stacye badania. Należy dążyć do tego, aby te dla poszczególnych państw i prowincyj miały organizacyę państwową, względnie prowincyonalną, a dla większych miast gminną.

5) Wszystkie towary podpadające pod ustawę pożywek i używek, wprowadzane do kraju, powinnoby się już przy wejściu w obrót handlowy w urzędach cłowych badać. Do tego potrzeba koniecznie egzaminowanych chemików, stale ustanowionych, przynajmniej przy urzędach głównych w kraju i na granicy.

Jeżeli się towary okażą zafałszowane, albo o mniejszej wartości, wtedy mają ci pobrać odpowiednie próbki i oddać najbliższej właściwej stacyi badania dla dalszego urzędowania.

Prof. Engler zgadza się w zasadzie z tendencyami wniosków i może się zgodzić tem bardziej, ile że to, do czego one dążą, w państwie Badeńskiem po największej części przeprowadzono. Lecz nie należy iść także za daleko w rozporządzeniach miejscowych i w każdym razie, co tylko rząd może, powinno państwo samo to uregulować. Jest pożądanem, aby dalej zakładano stacye publiczne chemiczne dla badania pokarmów i napojów, lecz kompetencyi za dalekiej nie należy im nadawać. Prof. Rupp wyjaśnia jak się w Karlsruhe próbki do badania pobiera i żąda ustanowienia jednakowych opłat za badania i to bardzo niskich. Dr. Pistor zwraca uwagę, że punkt 5-ty wniosków natrafi na trudności, a Dr. Kayser obawia się, by przez tenże punkt interesa handlowe i konsumentów nie były na szwank narażone. Engler odpiera zarzut, jakoby w Badeńskiem istniała walka konkurencyjna pomiędzy zakładami państwowemi a prywatnemi chemicznemi. Starszy burmistrz Fuss sprzeciwia się punktowi 5-temu, który ma tło agrarne, nie życzy sobie, aby urzędy cłowe miały obowiązek badania w tym kierunku, tylko jest zatem, aby na drodze międzynarodowych układów badania za granicą odbywały się z taką ścisłością jak i w kraju.

Sprawozdawca wykazuje, że przecież zadanie punktu 5-go nie jest znów tak wielkiego znaczenia. Nie przyznaje się do tendencyj agrarnych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Kilka słów w sprawie artykułu **Dra Stelli Sawickiego** *pod tytułem: „Okręgi sanitarne“.*

Krytyka sześcioletniej działalności instytucyi lekarzy okręgowych, umieszczona w Nrze 51 „Przeglądu lekarskiego“ przez Inspektora szpitali krajowych, Dra J. Stellę Sawickiego, jest zupełnie słuszną i prawdziwą.

Lekarz okręgowy, wobec dualistycznego ustroju naszych władz i braku egzekutywy, stoi zupełnie bezsilny ze swymi zamiarami i planami poprawy stosunków sanitarnych powierzonego sobie okręgu. Ustawy sanitarne, tak krajowe jak i rządowe, mają ogromne wady; słuszny jest wniosek, iż w akcyi tej potrzeba jednolitego działania wszystkich czynników sanitarnych w powiecie, a więc lekarzy miejskich, okręgowych, wspólnie z lekarzami i weterynarzami rządowymi; jednak pozwolę sobie wątpić, czy akcya ta odniesie pożądany skutek, nawet przy pomocy żandarma, jeśli nie znajdzie poparcia u tych, dla dobra których jest skierowana. A warunków tego poparcia, tego zrozumienia potrzeby poprawy stosunków sanitarnych u większej części naszego społeczeństwa — brak; brak go przedewszystkiem u ludu wiejskiego, gdyż poziom jego oświaty bardzo — niestety — nizki, tak nizki, iż on celu i potrzeby instytucyj sanitarnych prawie nie odczuwa.

Jest znaną rzeczą, iż władze bardzo często rozpoczynają reformy, zamiast od dołu, od góry. Trzeba było przedtem postarać się o podniesienie oświaty przez szkoły, oraz wyrobić u ludu pojęcie i zrozumienie potrzeby instytucyj sanitarnych; a dziś tworzymy te instytucye, nie bacząc, że chłop mieszka wspólnie z bydłem, że nie ma on wogóle po-

jęcia co to jest choroba, a w potrzebie udaje się do wróżbitów i znachorów, zaś w żydzie — cyruliku z miasteczka, widzi ideał pomocy lekarskiej.

Czy wójtowi na wsi zależeć będzie kiedykolwiek na dokładnem wypełnianiu poleceń komisyi sanitarnej, jak długo on sam i mieszkańcy wsi nie będą przekonani o istotnej potrzebie tych poleceń?

Z pewnością nie, — a nie przekona go o tem i bagnet żandarma.

Nietylko po sześcioletnim okresie czasu, ale upłynąć może lat sześć razy po sześć, zanim zobaczymy skutki ustawy sanitarnej, a nie zobaczymy ich nigdy, jak długo poziom oświaty ludu pozostanie ten sam, jak długo znachodzić się będą tu i ówdzie jednostki, powołane mocą swego powołania czy urzędu do niesienia pochodni oświaty, będą gasić jej płomień dla jakichkolwiek powodów.

Wśród takich okoliczności trudna praca lekarzy okręgowych, a mały jej owoc.

Zatem najpierw światła — światła! Lekarze stanowią w społeczeństwie samoistny stan, który przedewszystkiem zawsze i wszędzie troszcząc się o drugich, najczęściej zaniedbuje własne interesa. Lekarze pracują ciągle nad ochroną największego dobra społeczeństwa, bo jego zdrowia, — poświęcają w walce z chorobami swe i swych najbliższych zdrowie i życie; a tymczasem to społeczeństwo nie oszczędza stanu lekarskiego, a nawet, łącząc się w wyrachowane związki, poprostu rujnuje go. Wobec więc rozgoryczenia, jakie panuje między lekarzami, gdy obok trosk o niezabezpieczony byt, społeczeństwo to posyła lekarzy na syzyfową pracę między ciemny lud, to dotkliwie zaboleć musi każdego lekarza okręgowego, gdy jeszcze wyczyta zarzut, że „przybył nowy ciężar dla kraju, nie wypłacający się zupełnie“, że w ciągu tych sześciu lat lekarze okręgowi nic nie zmienili na lepsze w stosunkach sanitarnych, jakkolwiek żadnych warunków dla swej pracy, obmyślonych i przygotowanych nie mieli. *Dr. M. Ferensiewicz.*

XI. Wiadomości bieżące.

Kraków 6 Stycznia.

* Po dokonanej reformie studyów weterynaryjnych, sprawa rozszerzenia nauczania farmaceutycznego występuje na pierwszy plan: potrzeba ta jest tem pilniejszą, że działalność aptekarza, z powodu rozwinięcia się fabrycznego przemysłu aptecznego, znacznie się zmieniła, stając się mniej laboratoryjną, a więcej ekspedycyjną; tymczasem system i rozmiary wykształcenia aptekarskiego nadal pozostają te same.

Lwowskie „Czasopismo Towarz. aptekarskiego“ w Nrze 1 b. r. ogłosiło artykuł pod tyt.: „Wykształcenie farmaceutów“, w którym autor, p. Koskowski, gruntownie tę sprawę wyświecił. P. K. proponuje, aby od kandydatów zawodu aptekarskiego wymagano świadectwa dojrzałości; nauki uniwersyteckie miałyby trwać 4 lata i obejmować ten zakres, który dziś obowiązuje dla otrzymania stopnia chemika biegłego (eksperta) środków spożywczych. Ustanowienie osobnego wydziału. stosownie do nowego typu farmaceutów, uważa p. K. za pożądane i słuszne. Tak wykształconemu farmaceucie oczywiście należałby się szerszy obszar działania; p. K. dopatruje to rozszerzenie w włączeniu do dzisiejszych zajęć aptekarza chemicznych badań klinicznych, oraz badań środków spożywczych.

Plan P. K. wydaje się nam zupełnie uzasadnionym, a dla postępowego rozwoju społeczeństwa nader pożytecznym. Ile aptek, tyle gruntownie wykształconych chemików, to olbrzymi czynnik w gospodarce krajowej. Sędzia, burmistrz, rolnik, lekarz, fabrykant, kupiec itd. znaleźliby na miejscu wykształconego chemika, którego zawodowa działalność wpłynęłaby zbawiennie tak na zdrowotność, jak i na stopę cywilizacyjną narodu.

(OB.) Zeszyt I „Zdrowia“, rozesłany jako okazowy, stwierdza stałą dążność Redakcyi do podniesienia i rozszerzenia wiadomości higienicznych wśród ogółu lekarskiego. Obecny zeszyt zawiera wiele wiadomości z dziedziny higieny zawodowej, które z korzyścią przeczyta każdy, kto się interesuje sprawą zdrowotności. Oprócz rozpoczętej pracy Dra Polaka, roztrząsającej sprawę wpływu skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych, w dziale wyciągów spotykamy sprawozdania o mieszkaniach dla ludności pracującej, w których sprawa mieszkań robotniczych jest należycie oświetloną. Liczne wiadomości z praktyki sanitarnej i obfite treścią drobne sprawozdania jeszcze bardziej zalecają to pismo. które, mniemać należy, znajdzie się w ręku każdego, kogo higiena i jej potrzeby istotnie obchodzą.

* Rząd rosyjski zaprowadził od 1 go Stycznia obowiązkowe używanie w recepturze dziesiętnych miar i wag.

* Dr. Tadeusz Estreicher podnosi w „Wszechświecie“ ważną sprawę ustalenia polskiej terminologii chemicznej; w liście do redakcyi proponuje on, ażeby „Wszechświat“ otworzył w swych łamach dyskusyę i na tej drodze przyczynił się do wyjaśnienia spraw spornych. Gdyby nawet nie przyszło do ustalenia wyrazownictwa chemicznego, to zawsze nagromadzony materyał byłby, według Dra Estreichera, krokiem naprzód.

Redakcya „Wszechświata“ oświadcza gotowość pośredniczenia w dyskusyi; zastrzega tylko jej przedmiotowość i treściwe referowanie.

* Firma księgarska G. Fischera w Jenie wydaje od Nowego roku nowe czasopismo pod tyt.: „Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie“, redagowane przez Doc. Hermana Schlesingera. W spisie współpracowników spotykamy nazwiska Dra Janowskiego z Warszawy i Dra Halbana z Wiednia. Sądząc z pierwszego numeru, wnosićby należało, że nauce lekarskiej przybył nader poważny i w treść bogaty miesięcznik.

Mianowania: Prof. nadzwyczajny, Dr. Szczerbakow, mianowany został prof. zwyczajnym kliniki terapeutycznej w Warszawie. Dr. Zaborowski został mianowany lekarzem przytułku położniczego Nr. 1, przy ul. Leszno:

Nekrologia. W Rosławlu, guberni Smoleńskiej, zmarł Dr. Antoni Munkiewicz.

Dnia 30 grudnia dokonał życia w Wiedniu Dr. Adolf Wolfram, wychowaniec Uniw. Jagiellońskiego.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Przeglądzie chirurgicznym“, Zeszyt IV: Zajączkowskiego A.: Poszukiwanie bakteryologiczne nad gazą srebrną. Dra Kadera Br.: Krzywa szyja pochodzenia mięśniowego. Bilczyńskiego: O operacyjnem leczeniu ankylozy stawu szczękowego. Dra Barącza R.: W sprawie etyologii niedrożności jelit przy resekcyi i całkowitem wyłączeniu jelita grubego i *ileocoeci*. Noiszewskiego K.: Leczenie operacyjne jaglicy i łuszczki. Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę, jako sposób usuwania jaglicy przewlekłej i w szczególności ciężkich postaci łuszczki. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o wrzekomem obojnactwie czyli wrzekomej dwupłciowości. W „Zdrowiu“, Zeszyt 148: Dra Polaka J.: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych. Dobrzyckiego H.: Higiena zecerów, tak zw. towarzyszów sztuki drukarskiej, oraz drukarzy, preserów i lejarzy trzcionek. W „Gazecie lekarskiej“, Nr. 1: Dra Dunina T.: O neurastenii peryodycznej. Dra Pawińskiego J.: Asthma vesicale. W „Krytyce lekarskiej“ Nr. 1: Jędrzej Śniadecki (wyjątek z pism). Hoyera H.: O Krytyce lekarskiej. Kramsztyka Z.: Koczujące oddziały okulistyczne. W „Medycynie“ Nr. 1: Prof. Kosińskiego: Guz mózgu w okolicy bruzdy Rolanda lewej. Leszczyńskiego: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótko trwałych.

Redakcya otrzymała:

— Doc. Dr. Wagner: Kak ubiereczsia ot zaraznych boleźniej. Petersburg, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 12-go b. m. o godzinie 6-tej wieczorem w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich, posiedzenie nadzwyczajne, na którem złoży sprawozdanie komisya, zawiązana przez Towarzystwo, dla etyki lekarskiej.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 15. Stycznia 1898. Nr. 3.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O kwasie oksyproteinowym, nieznanym dotychczas składniku moczu

przez

St. Bądzyńskiego i R. Gottlieba [1])

według odczytu, wypowiedzianego na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Krakowie przez dr. St. Bądzyńskiego.

Białko jest nieodzownym pokarmem naszym. Z białka budują się tkanki naszego organizmu, a przecież tak mało wiemy o istocie tego procesu, jakiemu białko ulega w ustroju zwierzęcym. Zapytani o losy białka, odpowiadamy, iż trawi się ono w żołądku i kiszkach, rozszczepiając się na albumozy i peptony, że z tych gdzieś znowu odbudowuje się białko, bo we krwi już tych produktów rozkładu nie widzimy, gdyż tak we krwi jak w limfie białko jakby niezmienione krąży, zasilając w nieznany sposób tkanki — i, że wreszcie, rolę swoją spełniwszy, usuwa się z obiegu, ulegając rozkładowi.

Jeżeli pominiemy kwas moczowy, kreatyninę, których pochodzenie nie wywodzi się bezpośrednio z rozkładu białka, wreszcie inne połączenia azotowe, które znaleziono w moczu bądź to w szczególnych przypadkach, bądź to w prawidłowym moczu, lecz w niezmiernie małej ilości, to mocznik jest jedynym znanym dotychczas wyrazem rozkładu białka w organizmie. Mniemanie to zadawalniało. A jednak dosyć jest rzucić okiem na prosty wzór mocznika, ażeby dostrzedz, iż przedział, który dzieli ten związek od białka (najprostszy wzór białka jest podany przez Lieberkühna C_{72} H_{112} N_{18} SO_{22}) jest tak wielki, iż mocznik jest tylko ostatecznym wynikiem bardzo złożonego, a nieznanego nam procesu rozpadania się białka. Że ten proces składa się z całego szeregu okresów i że na jednym z nich będzie można, że tak powiem, przychwycić go i obserwować, wydawało się nam niewątpliwem.

Z tą myślą przedsięwzięliśmy doświadczenie nad zatruwaniem zwierząt fosforem, w tem mniemaniu, iż zatrucie fosforem, które tak mocno zakłóca przemianę materyi w organizmie, zakłóca właśnie te czynności rozszczepiania i utleniania, które są istotą rozkładu białka. Przewidywania te sprawdziły się. Znaleźliśmy w moczu psów, po zatruciu tych zwierząt fosforem, nieznany dotychczas związek — nazwiemy go tu zaraz kwasem oksyproteinowym — ale co więcej, przekonaliśmy się wkrótce, że związek ten jest prawidłowym składnikiem moczu ludzkiego i zwierzęcego i, że, po zatruciu fosforem, występuje tylko w znacznie powiększonej ilości.

A teraz o spostrzeżeniu samem.

[1]) Streszczenie doświadczeń wykonanych w zakładzie farmakologicznym uniwersytetu w Heidelbergu.

Mocz zwierząt zatrutych fosforem, bo ten to materyał był punktem wyjścia naszych doświadczeń, traktowaliśmy po odparowaniu gorącym wyskokiem. Nierozpuszczalna w wyskoku pozostałość była miękką, ciągliwą masą, która po ostygnięciu cokolwiek twardniała, przypominając karmel. Zewnętrzne więc wejrzenie już wskazywało różnicę w zachowaniu się przy porównaniu z moczem prawidłowym, — pozostałość moczu prawidłowego, po odparowaniu i wyciąganiu wyskokiem, ma postać suchego proszku. Na tę to pozostałość zwróciliśmy uwagę. — Tu, wyprzedzając bieg opisu, chcę opowiedzieć, iż w samej rzeczy pozostałość ta zawierała sole alkaliowe nieznanego kwasu organicznego, kwasu oksyproteinowego, zawierającego azot i siarkę, że bliższe badania okazały, iż sole alkaliowe tego kwasu są wprawdzie dosyć trudno rozpuszczalne w wyskoku, że jednak jeszcze trudniej rozpuszcza się w wyskoku sól barowa, że wreszcie tylko sól barowa kwasu oksyproteinowego daje się otrzymać w postaci przystępnej dla dalszego badania.

Z tych spostrzeżeń wynikała metoda otrzymania tego związku z moczu. Należało więc sole alkaliowe kwasu oksyproteinowego zamienić na sól barową, a tę wydzielić przez strącenie wyskokiem.

W tym celu mocz stężyliśmy do $^1/_{10}$—$^1/_{20}$ części pierwotnej objętości i, do tak otrzymanej gęstej cieczy po zakwaszeniu jej kwasem siarkowym (10 cc. 40% kw. siarkowego na 1 litr moczu), dodaliśmy 5-iokrotną objętość wyskoku (98%). Powstał natychmiast obfity krystaliczny osad. W ten sposób znalazł się w rozczynie wyskokowym wolny kwas oksyproteinowy, a zasady, które go wiązały, wypadły w postaci siarkanów. Teraz już łatwo było całą a przynajmniej przeważną część kw. oksyproteinowego związać z barytą. Do przesączu, rozcieńczonego równą objętością wody, dodaliśmy baryty tyle, iż próba wskazywała mały nadmiar tej zasady w rozczynie i, nie zwracając uwagi na zawieszony w płynie obfity osad z fosforanu i siarkanu barowego, przepuszczaliśmy przezeń prąd kwasu węglowego do zupełnego strącenia wolnej baryty. Przesącz od tego osadu odparowaliśmy w łaźni wodnej do małej objętości. Z tak stężonego wydzielały się po upływie pewnego czasu kryształy soli barowej kwasu hipurowego; odsączoną od tych kryształów ciecz wylano do naczynia, zawierającego nadmiar wyskoku; powstał obfity osad. Osad ten przemieniał się z początku nieraz na miękką ciągliwą masę, po kilkakrotnem jednak odsączaniu, rozpuszczaniu w wodzie i ponownem strącaniu wyskokiem, zjawisko to się nie powtarzało. Przeciwnie piękny kłaczkowaty osad przybierał raczej postać ziarnistą i dawał się z łatwością odsączyć. Zebrany na sączek i wysuszony nad kwasem siarkowym miał postać z lekka tylko zabarwionego proszku. Składała go w znacznej części sól barowa kwasu

oksyproteinowego, obok chlorku borowego i innych, nie badanych przez nas bliżej składników.

Nierozpuszczalność soli barowej w wyskoku pozwoliła oddzielić ją od znanych składników moczu, spostrzeżona zaś własność kw. oksyproteinowego dawania osadów z solami rtęci, a mianowicie z azotanem oraz siarkanem rtęciowym, pozwoliła otrzymać ten związek, resp. jego sól barową w stanie czystym.

Wspomniany wyżej nieczysty jeszcze przetwór soli barowej kw. oksyproteinowego rozpuściliśmy w wodzie i do rozczynu tego dodaliśmy rozczynu azotanu rtęciowego. Powstał obfity kłaczkowaty osad, który wypadał coraz obficiej przy dodawaniu sody, t. j. w miarę znoszenia nadmiaru, wolnego kw. azotowego wywiązanego przy reakcyi. Osad ten wymyliśmy bardzo starannie, aż próba wykazała zupełną nieobecność chloru, resp. Chlorku barowego, w przesączu. Wtedy zdjęto go z sączka, w stanie wilgotnym jeszcze, roztarto w moździerzu i rozbełtano z wodą, wreszcie zawieszono w wodzie i poddano działaniu siarkowodoru, kłócąc wciąż naczynie. W rozczynie znalazł się, obok kw. azotowego, wolny kwas oksyproteinowy. Rozczyn odsączyliśmy od siarczku rtęci, siarkowodór wywietrzyliśmy, przepuszczając prąd powietrza i dodaliśmy świeżo strąconego wilgotnego wodorotlenku ołowiu. Wodorotlenek ołowiu, jak to niedawno spostrzeżono [1]) strąca z roztworów kw. azotowy w postaci zasadowej soli ołowiu. Jakkolwiek przekonaliśmy się iż kw. azotowy nie daje się tą drogą całkowicie usunąć, to jednak pozbycie się w ten sposób znacznej części kw. azotowego ułatwia zadanie. Wprowadzony do roztworu ołów usunęliśmy przez dodanie kw. siarkowego; kw. siarkowy straciliśmy nadmiarem baryty, a usunąwszy wolną barytę kw. węglowym, otrzymaliśmy wreszcie przesącz, który, stężony przez odparowanie, dał przy dodaniu wyskoku, osad soli barowej kwasu oksyproteinowego.

Sól barowa kw. oksyproteinowego jest związkiem nadzwyczaj łatwo rozpuszczalnym w wodzie. Z rozczynu wodnego strąca ją wyskok w postaci kłaczkowatego osadu, który po upływie pewnego czasu zamienia się na ciężki, opadający na dno naczynia, proszek o wejrzeniu piasku, skrzypiącego jak kryształy przy nacieraniu prętem szklannym. Przy badaniu pod mikroskopem nie widzieliśmy wprawdzie wyraźnych kryształów, lecz silnie łamiące światło gałki i aglomeraty miały niezawodnie zaczątkową budowę krystaliczną. Proszek ten jest tak dalece higroskopijny, iż po wyjęciu wyskoku zamienia się na powietrzu wkrótce na kropelki miękkiej ciągliwej masy, jakby żywicy. Wysuszony jednak nad kwasem siarkowym, nie ulega już tak szybko wpływowi wilgoci powietrza. Ta higroskopijność soli barowej utrudnia jej suszenie. Tylko przez ogrzewanie w specyalnych przyrządach w próżni nad kwasem siarkowym udało się osiągnąć ustalenie się ciężaru. Przy ciepłocie powyżej 110°C związek ten ulega powolnemu rozkładowi. Tak otrzymane i wysuszone przetwory soli barowej dawały przy rozbiorze pierwiastkowym liczby, wyrażające zawartość pierwiastka. niezupełnie z sobą zgodne. Ponieważ jednak różnice wahały się w granicach niezbyt rozległych, poprzestaliśmy na tych liczbach i, podsumowawszy wyniki wielu rozbiorów, otrzymaliśmy następujący przeciętny wynik:

C—27.5
H— 3.9
N—10.6
S— 1.7
Ba—29.7

Ztąd, jeżeli przyjmiemy za podstawę obliczania jeden atom siarki, wynika wzór dla soli barowej: C_{43} H_{74} N_{14} O_{31} S Ba_4 dla kwasu: C_{43} H_{82} N_{14} O_{31} S, a stąd też także i skład wolnego kwasu oksyproteinowego następujący:

		skład albuminy [1]) jaja
C—39.0	—	52.39
H— 6.2	—	6.95
N—14.8	—	15.11
S 2.4	—	1.70
O—37.6	—	23.85

Nie powiodło nam się jednak otrzymać z soli barowej wolnego kwasu oksyproteinowego w postaci przystępnej dla badania.

Mało przystępne dla badania są też inne sole kwasu oksyproteinowego. Sole alkaliowe kw. oksyproteinowego są łatwo rozpuszczalne w wodzie; wyskok strąca je w postaci kropelek mazi. Sole ołowiu i miedzi są również łatwo rozpuszczalne w wodzie. Sól srebrowa jest też łatwo rozpuszczalną, w bardzo stężonych jednak roztworach soli alkaliowej lub barowej kwasu oksyproteinowego wywołuje azotan srebrowy kłaczkowaty osad. Trzeba było więc z konieczności poprzestać na badaniu soli barowej.

Jakiż osobliwy jest skład tego związku! Siarki zawiera tak mało, iż na jeden atom tego pierwiastku przypada 43 atomy węgla i co szczególnie zasługuje na uwagę, 4 atomy baru. Cztery atomy baru podstawiają 8 atomów wodoru, wynika więc ztąd, iż kwas oksyproteinowy zawiera 8 grup kwasowych, prawdopodobnie karboksylowych (CO.OH). Ilość siarki zawartej w kwasie oksyproteinowym zbliża się do zawartości tego pierwiastka w białku. Natomiast kw. oksyproteinowy zawiera mniej azotu, a zwłaszcza mniej węgla i znacznie więcej tlenu niż białko. Jest to więc przedewszystkiem produkt utlenienia białka. Że utlenieniu temu towarzyszyło nietylko dodanie tlenu, lecz odszczepienie węgla, wskazuje zmieniony stosunek węgla do azotu. Podczas gdy białko na 1 cz. azotu zawiera 3.4 cz. węgla, kwas oksyproteinowy zawiera na 1 cz. azotu 2.6 cz. węgla. Że jednak procesy rozszczepienia przy tej przemianie wybitnego udziału nie brały, świadczy wielka drobina tego związku. Kwas oksyproteinowy przedstawia jakby jeden z pierwszych okresów rozkładu białka w organizmie.

Związków o podobnym charakterze w składni organizmu zwierzęcego dotychczas nie spotkano. Kwas oksyproteinowy przypomina jednak związki otrzymane sztucznie przez Malyego [2]) przy utlenianiu białka nadmanganianem potasowym, mianowicie szczególnie kwas peroksyprotowy. Ten ostatni jednak jest składem swoim bliższy białku, a także i w zachowaniu się, gdyż daje odczyn biuretowy, którego kwas oksyproteinowy nie daje. Powinowactwo kwasu oksyproteinowego do związków otrzymanych przez utlenienie białka nadmanganianem potasowym przypomina inną,

[1]) M. Siegfried: Ber. d. d. chem. Ges. 24. 418.

[1]) Bondzyński und Zoja Zeitschr. f. physiol. Ch. XIX 9.
[2]) Sitzungsber. d. K. Akad. d. Wiss. in Wien Bd. 91 Abth. II s. 157 (1885).

niemniej interesującą analogię między zjawiskami przemiany materyi, a tym sztucznym procesem utlenienia. Hofmeister [1]) spostrzegł niedawno, a właściwie zrehabilitował dawne, podawane w wątpliwość spostrzeżenie Béchampa, iż przy utlenianiu nadmanganczyanem potasowym wszelkich ciał białkowych powstaje mocznik. Wskazuje to zarazem, jak właściwem było w badaniu utleniania białka nadmanganczyanem potasowym szukać przyczynków do poznania zjawisk rozkładu i do bliższego zapoznania się z drobiną białka [2]). Kwas oksyproteinowy nie daje odczynów na białko: t. z. odczyn ksantoproteinowy, oraz reakcya z odczynnikiem Millona, wypadają ujemnie, nie odszczepia też siarki przy gotowaniu z ługiem. W tem zachowaniu się podobnym jest do kwasów Maly'ego.

Kwas oksyproteinowy znajduje się w obfitej ilości w prawidłowym moczu ludzkim. Okoliczność, iż nie strąca go kwas fosforowolframowy, była powodem, iż nie spostrzeżono go przy licznych określeniach azotu wykonanych z zastósowaniem tego odczynnika. Azot kw. oksyproteinowego powiększał tylko liczby, wyrażające azot mocznika. Przy oznaczeniach mocznika starą metodą Liebiga strącał się kwas oksyproteinowy wraz z mocznikiem.

Odłączywszy kw. oksyproteinowy od mocznika na podstawie nierozpuszczalności jego soli barowej w wyskoku, zdołaliśmy przez zastósowanie strącania siarkanem rtęci oraz określanie azotu w tym osadzie oznaczyć ilość kw. oksyproteinowego w moczu. Liczby otrzymane, jakkolwiek zapewne jeszcze niedokładne, wskazują najmniejszą możliwą zawartość. Całodzienny mocz psów wykazuje około 10 grm. soli barowej kwasu oksyproteinowego, mocz ludzki z 24-ech godzin 3—4 grm.

Okoliczność, iż kwas oksyproteinowy jest jednym z pierwszych wytworów rozkładu białka w organizmie zwierzęcym, pozwala przypuszczać z góry, iż wiele procesów patologicznych znajdzie wyraz w powiększonem wydzielaniu się tego związku. Znaczne powiększenie ilości jego w moczu po zatruciu fosforem zdaje się to zapowiadać. Przypomnieć tu musimy, iż w moczu prawidłowym, oprócz siarkanów alkaliowych i t. z. kwasów eterosiarkowych, znajdują się związki zawierające siarkę, o których naturze nie było dotąd najmniejszej wiadomości. Siarkę tych związków nazywano ogólnem mianem siarki obojętnej. Ta „siarka obojętna" w znacznej części, a może i w całości, jest składnikiem kwasu oksyproteinowego.

W wielu przypadkach klinicznych spostrzeżono znaczne powiększenie ilości siarki obojętnej. Gdy zestawiliśmy je, zwróciło uwagę naszą, iż było to po większej części przy chorobach wątroby, jako to marskość wątroby, przy różnych objawach żółtaczki oraz przy raku wątroby, a więc w ogóle w przypadkach, którym towarzyszyło zakłócenie czynności wątroby. Można z góry powiedzieć, iż w tych wszystkich przypadkach należy oczekiwać powiększonego wydzielania kwasu oksyproteinowego.

[1]) Archiv. f. exp. Path. und Pharmak. Bd 37 s. 426.

[2]) St. Bondzyński and L. Zoja Ueber die Oxydation d. Eiweissstoffe mit Kaliumpermanganat Bd. XIX 226 (1894).

II. Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych Prof. Dra A. Zarewicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Nowa tuberkulina (TR.) Kocha w leczeniu liszaja żrącego.

Podał

Dr. Franciszek Krzyształowicz,

sekundaryusz 1. oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Chcąc dać teraz czytelnikowi pojęcie o działaniu tuberkuliny (TR), przytoczę w skróceniu 13 historyj chorób, a głównie stan chorobowy przed i po leczeniu; tu należą jedenaście przypadków liszaja żrącego, jeden (5) gruźlicy kości ręki i skóry i jeden (13) wrzodów gruźliczych u wejścia do pochwy.

M ę ż c z y ź n i:

1. F r a n c i s z e k W., lat 15, uczeń gimnazyalny. Chory od 2 lat, był już kilkakrotnie leczonym w szpitalach; odżywienie mierne.

Skóra nosa, z wyjątkiem małej przestrzeni po stronie lewej, policzek prawy aż do linii łączącej kąt ust z zewnętrznym kącikiem oka, warga górna w 2/3 częściach od strony lewej, nadto wzdłuż szczęki dolnej pas 1·5 cm. szeroki, a 5 cm. długi, są zajęte naciekiem liszaja żrącego, złożonym przeważnie z guzków różnej wielkości, pokrytym zaschłą wydzieliną, po odjęciu której widać charakterystyczne owrzodzenia, znajdujące się na szczycie guzków. Warga górna zgrubiała, naciekła, nieco wywinięta, pokryta cechującymi guzkami. Środkiem tego nacieku przebiega podłużna blizna, czerwona, nabrzmiała, a prócz tego na obwodzie powyżej opisanych zmian, pojedyncze guzki na powierzchni owrzodziałe. Dziąsła w okolicy górnych zębów siecznych okazują również wyniosłe nacieki liszaja, podobnie naciek wielkości halerza w prawym kąciku ust, przechodzący na błonę śluzową. Prawy otwór nosowy zwężony, przegroda naciekła i zgrubiała. Gruczoły podszczękowe w postaci pakietów wymacać się dają po obu stronach szczęk.

Leczony od 12/VI do 11/IX 1897 wstrzykiwaniami TR, których zastósowano 29; ostatnia dawka 20,0 mgr. części stałych; razem TR 9·38 cm^3.

S t a n p o u k o ń c z e n i u w s t r z y k i w a ń: Na nosie i policzkach resztki płaskich nacieków, otaczających gładką, bladą bliznę. Naciek wargi górnej jak i błony śluzowej znacznie mniejszy. Gruczoły podszczękowe również zmniejszone.

2. A n t o n i S c h., lat 25. Początek choroby na palcach kończyny dolnej lewej, datuje się z przed 10 lat; od 5 lat utrzymują się zmiany w okolicy kolana lewego, a od 4 na twarzy. Chory od 10 lat leczy się prywatnie; raz przed 4 laty w szpitalu w Czerniowcach w ciągu miesiąca, drugi raz przed rokiem. Zabiegu chirurgicznego nie przebywał. Do szpitala krakowskiego przybywa poraz pierwszy. Budowa mierna, kościec wątły, w części piersiowej kręgosłupa skrzywienie ku stronie prawej; odżywienie liche, skóra i błony śluzowe blada, niedokrewna. Naciek płaski, gładki, zajmuje nos w całości, policzki aż do linii kącików zewnętrznych ócz, ku dołowi zaś aż do brzegu szczęki dolnej; warga górna w całości, dolna częściowo po stronie lewej są zajęte; tu i owdzie w obwodzie guzki owrzodziałe. Na nosie nastąpił już ubytek jego końca, skrzydełek i przegrody chrzęstnej, a pozostały brzeg nozdrzy owrzodziały w całości. Gruczoły podszczękowe łatwo macalne, na szyi po stronie lewej gromadki guzków, zlewających się ze sobą. Po bokach klatki piersiowej blizny skórne; na udzie prawem z tyłu poniżej pośladka, spostrzega się wśród blizn kilka nacieków różnej wielkości, nieco nad powierzchnię wyniosłych, miejscami owrzodziałych; podobny naciek wielkości dwóch dłoni zajmuje skórę w okolicy przedniej części stawu kolanowego lewego. Palce kończyny dolnej lewej, jakoteż skóra stopy do połowy, tak po stronie grzbietowej jak i na podeszwie, zajęte są przez naciek liszaja żrącego, tu i owdzie owrzodzeniami pokryty. Stopa cała węższa, brak palca drugiego.

Zużyto 7·11 cm^3 tuberkuliny w 50 wstrzykiwaniach od 26/IV do 28/VIII 1897; ostatnia dawka wynosiła 10,0 mgr.

Stan po leczeniu: Resztki nacieków, w postaci płaskich guzków złuszczających się, utrzymują się w otoczeniu blizn na policzkach; na wardze górnej nacieku nie ma; otoczenie nozdrzy bliznowate, owrzodzeń nigdzie nie ma, na szyi zaledwo resztki guzków; gruczoły podszczękowe zaledwo macalne Na pośladku i około stawu kolanowego lewego nacieki mniejsze, w otoczeniu ich blizny. Na stopie naciek znacznie mniejszy, owrzodzeń nigdzie nie ma, tylko resztki guzków łuskami pokrytych.

3. Jędrzej Z., lat 15. Był już leczonym przed dwu laty; odkąd zmiany istnieją przebywa na tutejszym i laryngologicznym oddziele. Budowa wątła i kościec słabo rozwinięty: odżywienie mierne. Skóra blada, błony śluzowe w wysokim stopniu niedokrewne. Na nosie naciek zajmuje nieco przypłaszczony koniec nosa aż po kości nosowe, dalej oba skrzydełka nosowe i wargę górną ust na pr estrzeni odpowiadającej odległości skrzydełek. Naciek na prawem skrzydełku nosa i wardze górnej około otworów nozdrzy owrzodziały, nierówny, zasiany guziczkami, na których szczycie widać krosty; prócz tego w otoczeniu nacieku pojedyńcze guzki. Gruczoły podszczękowe, szczególnie przy kącie szczęki, wybitnie obrzękłe, zbitości miękiej, niebolesne.

Leczenie trwało od 26/IV—28 VIII 1897; wstrzyknięto 7,08 cm³ TR w 50 wstrzykiwaniach, dochodząc do najwyższej dawki 1,0 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Tak na nosie jak i policzkach tylko resztki nacieku, w środku którego widać blade, gładkie blizny. Gruczoły podszczękowe znacznie mniejsze.

4. Dmytro M., lat 23, wyrobnik. Choroba trwa od 11 lat, leczonym był kilkakrotnie chirurgicznie i bezkrwawo; dobrze zbudowany, średnio odżywiony. Zmiany chorobowe przedstawiają się jako naciek płaski, gładki, miejscami bliznowaty, na brzegach nierówny, złożony z guzków lub też owrzodziały, zajmuje on skórę szyi na parę centymetrów poza uchem prawem, dalej muszlę uszną na tylnej powierzchni, skórę policzka od otworu usznego zewnątrz, wzdłuż brzegu szczęki; szyję — aż do obojczyka, a ku tyłowi — do zewnątrz brzegu mięśnia sutko-mostko-obojczykowego, ku środkowi zaś — aż do okolicy chrząstek krtaniowych.

Leczony 50 wstrzykiwaniami TR., w ilości 7·18 cm³, od 26 IV do 28/VIII 1897, do dawki 1,0 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Na całej przestrzeni blizna zaczerwieniona jeszcze, tu i owdzie pokryta strupkami, na szyi w obwodzie dolnej granicy zaledwo resztki płaskich guzków złuszczających się. Owrzodzeń nigdzie nie ma.

5. Szlojme Sch., lat 23, bez zajęcia. Choroba trwa 2 lata, nie był leczony. Odżywienie mierne, budowa słaba. Stwierdzamy nacieki na grzbietnej stronie ręki prawej, trzech ostatnich palcach i palcu wskazującym; na powierzchni nacieków głębokie owrzodzenia; na palcu wskazującym i czwartym, przetoki sięgające do kości, wydzielające obficie ropę.

Leczenie trwało od 28/IV do 28/VIII 1897 i obejmowało 50 wstrzykiwań TR. do dawki 1,0 cm³, a w ogólnej ilości 7,09 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Na palcu wskazującym tylko resztki owrzodzenia, zresztą wszędzie gładkie blizny; przetoki zagojone.

Kobiety:

6. Marya O., lat 23, wyrobnica. Chora od 5 lat; przed 3 była operowaną w Byszczu na Morawach. Otoczenie skórne otworów nosowych, tak od strony przegrody jak i skrzydełek nosowych nacieknięte; naciek ten przechodzi na błonę śluzową nosa. W otoczeniu nacieku tak na policzkach jak i na wardze górnej pojedyńcze suche guzki. Na nacieku tu i owdzie owrzodzenia. Gruczoły podszczękowe po obu stronach nader wybitnie powiększone, wypuklające skórę.

Chora leczoną była od 26 IV—14 VIII, 1897, 43 wstrzykiwaniami, do dawki 4,0 mgr., a TR w ilości 3,35 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Na nosie naciek więcej płaski, pojedyńcze guzki mniejsze i więcej płaskie, owrzodzenia prawie zabliźnione.

Opuściła szpital na własne żądanie.

7. Agnieszka D., lat 11, córka wyrobnika. Chora od dwóch lat, leczoną była kilkakrotnie na oddziele tutejszym. Budowa średnia, drobna, odżywienie mierne. Na szyi trzy blizny linijne po wyjęciu gruczołów chłonnych, prócz tego wymacać można powiększone gruczoły chłonne podszczękowe po obu stronach. Na policzku lewym, na skórze nosa, po stronie lewej, powyżej skrzydełka nosowego, wśród blizn, pojedyńcze guzki w skórze, strupkami pokryte. Na nosie, po stronie prawej, częściowy brak skrzydełka nosowego owrzodziały tak, że otwór nosowy prawy powiększony; w otoczeniu tegoż, jakoteż nieco wyżej ku nasadzie nosa, naciek liszaja żrącego, gładki, płaski, strupkami pokryty. Wnętrze nozdrza prawego również owrzodziałe. Na oczach: kerato coniunctivitis phlyctenulosa. W szczycie płuca prawego zagęszczenie miąższu.

Leczenie: 51 wstrzykiwań TR, od 26 IV—28 VIII, 1897, trwających, w którym to czasie otrzymała 6,62 cm³ tuberkuliny, do najwyższej dawki 8,0 mgr. cz. st.

Stan po ukończeniu leczenia: Pojedyńcze guzki na policzku, powiększone w obwodzie, ale więcej płaskie, zapadłe, gdzieniegdzie pokryte strupkami; naciek na nosie, w otoczeniu zaczerwieniony, pokryty grubym strupem. Z gruczołów podszczękowych tylko jeden po stronie prawej powiększony, po lewej gruczoły znacznie mniejsze. Sprawa płuca prawego niezmieniona.

8. Wiktorya S., lat 16, wyrobnica. Chora od 5 lat, przed rokiem była operowaną w klinice chirurgicznej; odżywienie mierne, gruczoły karkowe i podszczękowe obrzękłe, wymacalne wzdłuż brzegu szczęki po stronie prawej, gdzie też istnieje blizna po wyjęciu gruczołów. Koniec nosa nieco obrzękły; tak tu, jak i na skrzydełkach rozsiane guzki; brzeg nozdrzy i przegroda skórna pokryte grubymi strupami, z pod których sączy się ropa; w przegrodzie chrzęstnej otwór wielkości obwodu palca, wnętrze nozdrzy owrzodziałe.

Chora była leczoną wstrzykiwaniami TR, których zastosowano 42, od 12 V do 28 VIII, 1897, w ilości 6·37 cm³ TR; najwyższa dawka wynosiła 8,0 mgr. części stałych.

Stan po ukończeniu leczenia: Owrzodzenia podgojone utrzymują się jeszcze w postaci przeczosów, pokrytych strupami, naciek na końcu nosa mniejszy, więcej płaski, pokryty strupkami; gruczoły chłonne podszczękowe prawie niezmienione.

9. Marya S., lat 18, bez zajęcia. Choruje od 10 lat, leczoną już była kilkakrotnie; została przeniesioną na oddział tutejszego szpitala z kliniki chorób skórnych, gdzie przypalono jej zmiany liszajowe żegadłem Paquelina. Budowa i odżywienie mierne. Skrzydełko nosowe prawe i koniec nosa bliznowato zaciągnięte. Na skórze nosa po stronie prawej, przechodząc na policzek prawy i wargę górną, rozciąga się naciek w bliźnie powierzchowny, strupkami pokryty, tu i owdzie owrzodziały. Również nacieknięta jest wewnętrzna strona wargi górnej i dziąsła szczęki górnej. Przegroda nosowa w części chrzęstnej przebita, otwór wielkości obwodu palca małego. Na brodzie dwa nacieki złożone z guzków wielkości fasoli.

Leczenie trwało od 17 VII do 28/VIII, 1895; w 18 wstrzyknięciach podano chorej 5,93 cm³ TR.; najwyższa dawka wynosiła 1,5 cm³.

Stan po ukończeniu leczenia: Na policzku i nosie istnieje gładka, twarda blizna bez guzków, tylko na wardze górnej pod przegrodą nosową resztki paru guzków. Na brodzie także resztka nacieku gładkiego i płaskiego. Chora opuściła szpital na własne żądanie.

10. Franciszka K., lat 15, córka budnika. Choruje od 4 lat; leczona kilkakrotnie (łyżeczkowanie i przyżeganie) na tutejszym oddziele. Dobrze zbudowana i odżywiona. Pod szczęką na szyi cztery blizny po wyjęciu gruczołów chłonnych, mimo to gruczoły podszczękowe obustronnie powiększone do wielkości orzecha laskowego. Na nosie brak skrzydełka prawego, nozdrze prawe zwężone, na brzegu jego naciek drobny owrzodziały; na brzegu zaś nozdrza lewego wrzód wielkości grochu, pokryty wiotką ziarniną, wśród bliznowatego nacieku. Naciek strony prawej przechodzi na wargę górną; prócz tego, obok nacieku, jakoteż na skórze nosa, suchy guzek.

Leczenie: 51 wstrzykiwań TR, w ilości 10,55 cm³, do najwyższej dawki 2,0 cm³, od 26 IV—15 IX, 1897.

Stan po ukończeniu leczenia: Dwa guzki suche na nosie i jeden na wardze górnej; zresztą zmian nie ma. Gruczoły podszczękowe znacznie mniejsze.

11. Zofia G., lat 26, wyrobnica. Leczona kilkakrotnie na tutejszym oddziale skutkiem zmian na twarzy, trwających od 10 lat. Dobrze zbudowana, średnio odżywiona. Nosa zupełny brak; brzegi nozdrzy bliznowate, usta znacznie zwężone. Na gładyszce, policzkach i brodzie blizna. Na nasadzie nosa między oczami, na skroniach po obu stronach, na łuku brwiowym lewym, na policzkach i na brodzie, kilka grup guzków w części suchych, w części powierzchownie owrzodziałych. W lewym kąciku ust i na wardze dolnej nacieki owrzodziałe; naciek z wargi przechodzi i na dziąsła szczęki dolnej.

Leczenie trwało od 26/IV—28/VIII, 1897, w którym to czasie zrobiono 50 wstrzykiwań = 6,35 cm³ TR, do najwyższej dawki 8,0 mgr. części stałych.

Stan po ukończeniu leczenia: Skupienia guzków znacznie mniejsze, suche; dolna warga ust mniej nacieкła, owrzodzenia zagojone.

12. Cecylia C., lat 19, wyrobnica. Choruje od 10 lat, leczona kilkakrotnie na tutejszym oddziale, a w roku 1890 na klinice chorób skórnych i wenerycznych, wstrzykiwaniami tuberkuliny Kocha, lecz bez skutku. Dobrze odżywiona, średnio zbudowana. Na czole między brwiami, na powiekach górnych, na całych policzkach, na skórze nosa, na skórze wargi górnej i dolnej, częściowo i na błonie śluzowej tych warg, wśród blizn, pojedyńcze lub też w większe gromadki ułożone guzki nigdzie nie owdrzodziałe. Na nosie pozostały zaledwo resztki końca jego i skrzydełek, co sprawia, że otwory nosowe są powiększone; przegroda skórna utrzymana; brzegi otworów nosowych bliznowate, a w przegrodzie chrzęstnej powstał otwór wielkości fasoli. Gruczoły podszczękowe zaledwo macalne, pod szczęką blizna po dmowych zmianach. Na udzie prawem, od tyłu, pod pośladkiem, blizna wielkości dłoni dorosłego człowieka, wśród której, szczególnie w otoczeniu, widać nierozpadłe guzki.

Leczenie trwało od 26 IV—28 VIII, 1897; wstrzyknięć było 50 = 6,65 cm³ TR.; najwyższa dawka 8,0 mgr.

Stan po ukończeniu leczenia: Pojedyńcze guzki w niewielkiej ilości wśród blizny gładkiej i bladej; wokoło ust i nozdrzy jeszcze resztki nacieków, ale bez owrzodzeń. Na pośladku guzki mało zmienione.

13. Marya D., lat 28, służąca. Choruje od 2 lat: w roku 1895 w lecie była operowana na oddziale chirurg., skutkiem wrzodu gruźliczego przy wejściu do pochwy. W pachwinie prawej jeden gruczoł obrzękły, na dotyk bolesny, zrośnięty, ze skórą miernie zaczerwienioną, w pośrodku przebitą, a z otworku sączy się skąpa ciecz surowicza; po stronie lewej gruczoły niepowiększone. W pobliżu cewki po stronie lewej owrzodzenie, wielkości korony, o brzegach nierównych, mocno nadszarpanych, dnie nierównem, pokrytem wiotką ziarniną i wypociną włóknikową. Podobne owrzodzenie, ale znacznie większe, znajduje się na wędzidle tylnem, pokryte od dołu w obwodzie przyskórkiem, szerzące się od prawego zewnętrznego brzegu w głąb pochwy; ma ono brzeg postrzępiony, mocno podminowany. Podstawa obu wrzodów lekko nacieкła.

Chora była leczona wstrzykiwaniami, których zastosowano 49, przyczem użyto TR. 5,61 cm³, do najwyższej dawki 8,0 mgr., od 28 IV do 28 VIII 1897.

Stan po ukończeniu leczenia: Owrzodzenia prawie niezmienione, wrzód na wędzidle pokryty od dolnego brzegu przyskórkiem, od góry brzeg rozpadły.

Z artykułów różnych autorów, którzy już swe zdanie o nowej tuberkulinie wypowiedzieli, wyjmuję to, co stoi w ścisłym związku z ogólnem jej działaniem, lub z wynikami działania na zmiany skórne.

Bussenius[1]) potrzebował najwyżej 65, a najmniej 29 wstrzyknięć dla przeprowadzenia leczenia, podwajając dawkę od 1/500 do 20 mgr. (dla 19 chorych spotrzebował 125 cm³); wszyscy chorzy po ukończeniu leczenia nie oddziaływali na wstrzykiwanie dawnej tuberkuliny. Z objawów ogólnych występowały, obok podwyższenia ciepłoty, przypady nerwowe, znużenie i osłabienie, a czasem i obrzęk gruczołów. Rzeczywistej poprawy przy zmianach w nosie i gardle nie spostrzegał. Nie lepsze wyniki otrzymali Schultze i Bohland[2]); a Slavyk[3]), który także nie przytacza pomyślniejszych wyników, nie wyklucza przecież możebności wyleczenia i zwraca uwagę na zmniejszanie się gruczołów w wielu przypadkach u dzieci.

Wörner[4]) zaś, na podstawie otrzymanych wyników, nader zachwala działanie nowej tuberkuliny w przypadkach liszaja żrącego. Podobnie wyraża się Doutrelepont[5]), który twierdzi, że przetwór ten działa lepiej niż dawniejszy, gdyż goi szybko wrzody, usuwa guzki, zmniejsza gruczoły chłonne, chociaż wywołuje czasem objawy ogólne takie same, jakie wymieniają powyżsi autorowie. Bandach[6]) dodaje jeszcze do wymienionych objawów ogólnych ból głowy, znużenie, nudności, bóle mięśniowe, czasem bicie serca, występujące na przeciąg paru godzin w dniu wstrzykiwania. Lassar[7]) na posiedzeniu dermatologicznem w Berlinie, w dniu 6 Lipca 1897 r., wykazuje, że w żadnym przypadku gruźlicy skóry nie otrzymał wyleczenia, a we wszystkich tylko poprawę. Zaznacza niedogodność leczenia i wysoką cenę leku. Bieck (na temże posiedzeniu), z powodu krótkości doświadczeń, nie wypowiada zdania stanowczego, a tylko wskazuje na podnoszenie się ciepłoty od 38°—40 2°. Zaznacza jednak, że dotychczas nie udało się otrzymać jednakowego przetworu (gleichmässiges Praeparat), co wzywa do ostrożności w używaniu tego środka.

Z zestawionych powyżej przypadków nie mogę wprawdzie wyciągać stanowczych wniosków, a tylko to, o czem mnie dotychczasowe wyniki pouczają. Nie mogę twierdzić, że nowa tuberkulina działa pomyślniej niż dawna; mogę jednak orzec, że działa bez tak silnego odczynu ogólnego na zmiany liszaja żrącego w ten sposób, że owrzodzenia szybko się goją, a nacieki i guzki ustępują, zmniejszając się powoli, czyli, że działa pomyślnie. Nie mogę jednak zgodzić się ze zdaniem Kocha, że dawka najwyższa, o której wspomina, t. j. 20 mgr., jest jakiemś kryteryum wyleczenia, gdyż mimo braku oddziaływania na tę dawkę, zmiany jeszcze istnieją i wcale potwierdzić nie mogę, jakoby wyleczenie już nastąpiło. Co się tyczy trwałości leczenia, o tem żadnego zdania dotąd wypowiedzieć nie mogę, gdyż czas badań był za krótki, aby wolno było nawroty zupełnie wykluczyć; a wnosząc z wyników dotychczas otrzymywanych, raczej należy ich się obawiać.

W końcu jeszcze na jedną kwestyę chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie na sprawę kosztów leczenia. Chociaż nowa tuberkulina jest środkiem nienależycie jeszcze zbadanym, a więc takim, który długo doświadczanym być musi, zanim, po wykazaniu dodatniego działania, wejdzie w ogólne użycie, to oddając fabrykacyę swej tuberkuliny jednej tylko fabryce w Hoechst nad M. (Meister Lucius z Brünning), Koch umożebnił fabrykantowi nałożenie wysokiej ceny, która obecnie wynosi 8·50 M. za 1 ctm³, co nader utrudnia doświadczanie tego leku. Jestem przekonany, że chcąc wypowiedzieć jakieś zdanie o nowym środku, trzeba użyć do doświadczeń większą ilość chorych, a w tym razie koszta leczenia wzrastają olbrzymio; dlatego też słusznie któryś z niemieckich autorów zauważył, że tylko dobrze wyposażone zakłady na takie doświadczenia pozwolić sobie mogą. Żaden szpital nie może rozporządzać dostatecznym funduszem na tak koszto-

[1]) Deutsch. med. Woch. 1896. 28.
[2]) D. m. W. 1897. 28.
[3]) D. m. W. 1897. 30.

[4]) D. m. W. 1897. 30.
[5]) D. m. W. 1897. Nr. 34.
[6]) D. m. W. 1897. Nr. 24.
[7]) Arch. f. Derm. u. Syph. XLI. 1.

wne nowe środki; to też musiałem czerpać z własnych zasobów, by doświadczenia z nową tuberkuliną wykonać, w końcu jednak, dla braku środków zmuszony byłem zaprzestać. A wspominam o tem dla zaznaczenia, że lek ten, nawet, gdyby skuteczność jego rzeczywiście stwierdzoną została, będzie przystępnym tylko dla ludzi zamożnych.

III. **Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.**

W sprawie pielęgnowania noworodków

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński
asystent szkoły położnych w Krakowie.

(Ciąg dalszy).

Dla wyrobienia sobie własnego zdania co do wartości różnych sposobów opatrywania resztki pępowiny i co do zachowania się noworodków, u których kąpieli nie stósowano, wykonałem w ciągu roku 1896 i 1897, za łaskawem pozwoleniem WP. Prof. Dra Marsa, za co mu niniejszem składam serdeczne podziękowanie, szereg prób i spostrzeżeń na materyale szkoły położnych.

Przedewszystkiem stósowałem opatrunek pępowiny ściśle aseptyczny, zakładając suchą wyjałowioną podwiązkę nicianą i zawijając resztkę pępowiny w suchą watę wyjałowioną, zmienianą codziennie, przy czem kąpieli nie stósowano. Pępowina oddzielała się przeciętnie w 5·8 dniu, najpóźniej w 8-ym, najwcześniej w 3-cim dniu.

Oddzielenie się pępowiny u noworodków niedonoszonych zwykle następowało nieco później, aniżeli u donoszonych. Na 50 przypadków, tym sposobem opatrywanych, spostrzegano nieprawidłowe usychanie pępowiny i gojenie się rany pępkowej 11 razy, a zatem w 22% przypadków.

W innych 50 przypadkach stósowałem, po podwiązaniu pępowiny tasiemką nicianą, codziennie raz jeden kąpiele i opatrunek z suchej waty wyjałowionej, zmieniany raz jeden po kąpieli. Pępowina oddzielała się przeciętnie w 5·5 dniu, najpóźniej w 8, najwcześniej po 3 dniu. Nieprawidłowe usychanie pępowiny i gojenie się rany pępkowej spostrzegano 17 razy, to jest w 34% przypadków.

A zatem przy stósowaniu kąpieli oddzielała się pępowina nieco wcześniej, jednak prawidłowe usychanie pępowiny i gojenie się rany pępkowej miało miejsce tylko w 66% wszystkich przypadków, podczas gdy przy stósowaniu takiego samego opatrunku resztki pępowiny i nie stósowaniu kąpieli, prawidłowe usychanie resztki pępowiny i gojenie się rany pępkowej następowało w 78% przypadków.

Zatem postępowanie bezgnilne przy opatrywaniu resztki pępowiny i rany pępkowej nie dało wyniku zupełnie zadawalniającego. Gdy nadto zwrócimy uwagę na okoliczność, że ścisłe postępowanie bezgnilne wymaga wielkiej wprawy i najdrobniejsze uchybienie sprowadzić może niepożądane następstwa, to przyznać musimy, że stósowanie postępowania ściśle bezgnilnego przy opatrywaniu pępowiny jest w praktyce bardzo trudnem do przeprowadzenia.

Ponieważ pielęgnowaniem noworodków zajmują się przeważnie położne, które równocześnie muszą posługiwać i pielęgnować położnice, a więc stykają się ciągle z odchodami połogowymi i mają równocześnie opatrywać resztkę pępowiny i ranę pępkową, przeto do opatrywania pępowiny nadaje się, mojem zdaniem, postępowanie niewymagające tak ścisłej i bezwzględnej czystości, która w rzeczywistości tylko wyjątkowo w praktyce daje się przeprowadzić, a więc postępowanie nie bez, lecz przeciwgnilne. Oprócz tego opatrywanie pępowiny powinno być jaknajprostszem, niewymagającem wielkiej wprawy tak, aby dla najszerszych kół, zajmujących się pielęgnowaniem noworodków, było łatwo dostępnem. Z tego powodu najodpowiedniejszem wydało mi się stósowanie do opatrywania pępowiny różnych zasypek, posiadających własności przeciwgnilne.

W tym celu zalecił już F e h l i n g mięszaninę skrobi z kw. salicylowym, inni polecają kwas borowy, bismut, garbnik, jodoform itd. Środki te jednak, dłuższy czas stósowane, zbyt często wywołują wyprysk, a nawet nadżerki w okolicy pierścienia skórnego pępka, a nadto, stósowane w większej ilości, mogą sprowadzić zatrucie, jak to bywa n. p. z jodoformem. Na podstawie moich spostrzeżeń polecił w ostatnich czasach G a s z y ń s k i[1]) do opatrywania pępowiny airol, jako środek przeciwgnilny i posiadający własności wysuszające. Pępowina, opatrywana airolem, oddzielała się przeciętnie w 5·78 dniach; odczyn na granicy pierścienia skórnego był bardzo słaby. Jedno można zarzucić przeciwko stosowaniu airolu, że w zetknięciu z wydzieliną wyzwala jod, który obok działania silnie przeciwgnilnego, łatwo ulega wessaniu i sprowadzić może zatrucie jodem; nie można zatem airolu oddać w ręce położnej bez ciągłego nad nią nadzoru lekarza.

Do opatrywania pępowiny najodpowiedniejszym byłby lek, który posiadałby własności przeciwgnilne i osuszające, nie ulegał łatwo rozkładowi, a zastósowany nawet w wielkiej ilości, nie sprowadzał zatrucia. Z tego powodu najodpowiedniejszym wydał mi się dermatol, polecany już przedtem (S c h r a d e r[2]), S w i t a l s k i[3])) do opatrywania resztki pępowiny w razie wystąpienia gnicia. Wprawdzie dermatol nie posiada silnych własności przeciwgnilnych, a nawet według S c h m i d t a[4]), są one, badane na sztucznych pożywkach, bardzo niewielkie, bez zetknięcia się z tkankami; jednak w praktyce okazał się lepszym od dwu innych środków, które również do opatrywania resztki pępowiny stósowałem, mianowicie kseroformu i amyloformu. Nie chcąc dłużej zastanawiać się nad działaniem dwu ostatnich zasypek, wspomnę tylko, że stosując je w kilkudziesięciu przypadkach do opatrywania resztki pępowiny, wcale nie zauważyłem zbyt wybitnego, a w każdym razie korzystniejszego działania na sprawę usychania pępowiny, aniżeli po stósowaniu dermatolu; nadto amyloform łatwo się rozkłada, a właściwie wietrzeje, a kseroform, uwalniając w znacznej ilości brom, zastósowany w większej ilości, mógłby sprowadzić zatrucie. Natomiast muszę dodać, że zastósowany na ranę pępkową tak amyloform jako też kseroform, po oddzieleniu się pępowiny, przyśpieszał zabliźnienie się, co przedewszystkiem w przypadkach nieprawidłowego oddzielania się pępowiny

[1]) G a s z y ń s k i. Medycyna Nr. 34 i 35 — 1896.
[2]) S c h r a d e r Centralblatt für Gynäkolog. Nr. 46 — 1894.
[3]) S w i t a l s k i. Przegląd lekarski Nr. 18 — 1893.
[4]) S c h m i d t. Centralblatt f. Bacteriolog. 1897. T. 22.

i gojenia się rany pępkowej wyraźnie można było spostrzegać.

Tu wspomnę także, że dermatol, jako połączenie stałe, nawet w wysokiej ciepłocie rozkładowi nie ulega i może być dlatego przez ogrzanie ściśle wyjałowionym, zanim go użyjemy do opatrywania resztki pępowiny.

Sposób opatrywania resztki pępowiny, stósowany w przeciągu kilku miesięcy, u wszystkich noworodków bez wyboru, był następujący:

Po oczyszczeniu powierzchni ciała z mazi i po pierwszej kąpieli osuszano starannie noworodka. Następnie oczyszczano dokładnie, z zachowaniem przepisów postępowania przeciwgnilnego, okolicę pępkową i pępowinę wacikami, napojonymi $1^0/_{00}$ rozczynem sublimatu, poczem osuszano wacikami wyjałowionymi pępowinę i okolicę pępkową, a po założeniu na pępowinie podwiązki z kauczukowego, elastycznego, przedtem wyjałowionego sznureczka, grubego około $1^1/_2$ milimetra, w odległości 5—6 milimetrów od pierścienia skórnego, odcinano resztkę pępowiny na kilka milimetrów powyżej elastycznej podwiązki. W ten sposób pozostawiono małą tylko resztkę pępowiny na 1, a najwięcej na $1^1/_2$ ctm. długą, licząc od pierścienia skórnego. Tę resztkę pępowiny otaczano na około warstwą waty suchej, wyjałowionej, w pewnej odległości od resztki pępowiny tak, że wata tworzyła jakoby pierścień lub wałek około 1 ctm. wysoki na około resztki pępowiny. W ten sposób pomiędzy pierścieniem z waty a resztką pępowiny i okolicą pierścienia skórnego pozostawała przestrzeń wolna, w którą nasypywano dermatolu w sporej ilości tak, aby całkowicie przykrył i otoczył do okoła resztkę pępowiny; na to wszystko kładziono warstwę waty wyjałowionej, suchej i przymocowywano zwykłym napępnikiem płóciennym. Ponieważ, oprócz pierwszej, wcale nie stósowano kąpieli, przeto opatrunek taki bez zmiany pozostawiano przez 24 godzin i tylko w razie potrzeby, to jest zanieczyszczenia, zmieniano sam napępnik. Następnie co 24 godzin zmieniano opatrunek, usuwano watę, o ile możności nie dotykając się wcale bezpośrednio rękami resztki pępowiny, zakładano nową watę wyjałowioną w ten sam sposób i zasypywano na nowo obficie dermatolem. Przy zmianie opatrunku unikano wszelkiego bezpośredniego zetknięcia się, wszelkich ruchów resztką pępowiny, nie usuwano nawet wcale dermatolu, który osłaniał i przylegał do resztki pępowiny, lecz posypywano nową warstwę. Przy tem opatrywaniu należy koniecznie zwrócić uwagę, aby wata i dermatol były zupełnie suche.

Już przy zmianie pierwszego opatrunku zauważyć można, że resztka pępowiny jest na pół suchą; po 48 godzinach zazwyczaj jest zupełnie suchą i twardą, a w okolicy pierścienia skórnego występuje odczyn, który z reguły nie występuje nigdy w takiem nasileniu, w jakiem spostrzegać go można przy zwykłym sposobie opatrywania. Bardzo rzadko występuje tylko nieznaczny, ledwie dostrzegalny, rąbek różowy na około pierścienia skórnego, który ustępuje w przeciągu bardzo krótkiego czasu. Po kilku dniach będzie zwykle resztka pępowiny zupełnie oddzieloną, jako suchy i twardy kikut. Wtedy wacikiem suchym i wyjałowionym usuwano w razie potrzeby wydzielinę, zasypywano obficie dermatolem powierzchnię granulacyjną, która z reguły była bardzo mała, przykrywano warstwą suchej waty sterylizowanej i zakładano napępnik. W ten sposób zmieniano codziennie opatrunek aż do zupełnego zabliźnienia się pępka, co zazwyczaj w dwa, a najdłużej trzy dni po oddzieleniu się resztki pępowiny następowało.

Podwiązkę z kauczukowego sznureczka zakładano na pępowinie w dwojaki sposób. Albo tak jak przy podwiązywaniu tasiemką nicianą, to jest że po ułożeniu pępowiny na sznureczku 10—12 ctm. długim, zawęźlano go raz jeden, zaciskając i rozciągając zwolna, stopniowo, a następnie otaczano po raz drugi pępowinę sznureczkiem i po przeciwnej stronie zawęźlano dwa razy, a końce ucinano na $^1/_2$ ctm. od węzła, albo też w sposób stósowany przez Credégo i Webera[1]), polegający na tem, że sznureczek kauczukowy, około 20 ctm. długi, składa się podwójnie, poczem układa się na nim pępowinę i oba końce sznureczka razem przeprowadza się przez pętlę, powstałą skutkiem podwójnego złożenia; wtedy, pociągając za oba końce w kierunku przeciwnym, zaciskamy powoli założoną pętlę, następnie krzyżując końce sznureczka i przeprowadzając je w przeciwnych kierunkach, otaczamy na około pępowinę, robiąc raz jeden każdym końcem pół obrotu, poczem oba końce sznureczka zawęźla się podwójnie i ucina. Nigdy nie zauważyłem rozluźnienia się podwiązki, ani też pęknięcia sznureczka, nie spostrzegałem również nigdy przecinania sznureczkiem kauczukowym nawet bardzo tłustych pępowin, tak jak się to często przydarza przy podwiązywaniu jedwabnym sznureczkiem lub też tasiemką; nie było też wypadku krwawienia z pępowiny, podwiązanej w ten sposób. Przekonałem się następnie, że niekoniecznie należy używać na 2 milimetry grubych kauczukowych sznureczków, tak jak to polecają; wystarcza zupełnie sznureczek przeszło 1 do $1^1/_2$ milimetra gruby, który łatwiej się daje założyć i lepiej zacisnąć.

W ten sposób opatrywano resztkę pępowiny u 200 noworodków. Ponieważ długie wyliczanie nie miałoby celu, przeto ograniczę się tylko do zestawienia ostatecznych wyników. I tak, u 169 noworodków donoszonych, pochodzących od pierwiastek i wieloródek, oddzielała się resztka pępowiny w 7 przypadkach, t. j. w 4.1%, najpóźniej po 8 dniach, w 23 przypadkach, to jest w 13·6%, najwcześniej w 3 dniach; przeciętnie oddzielenie się resztki pępowiny następowało w 4·6 dniach. Nieprawidłowe oddzielenie się resztki pępowiny i gojenie się rany pępkowej spostrzegano 11 razy, to jest w 6·5% przypadków.

U 31 noworodków niedonoszonych, pochodzących tak z pierwiastek jako też i wieloródek, oddzielała się resztka pępowiny najpóźniej w 9 dniu i to w jednym przypadku, to jest w 3·2%, najwcześniej zaś w 4 przypadkach, to jest w 12·9% po 3 dniach; przeciętnie oddzielenie się resztki pępowiny następowało w 4·8 dniach. Nieprawidłowe oddzielanie się pępowiny i gojenie się rany pępkowej spostrzegano dwa razy, to jest w 6·4% przypadków. W porównaniu z noworodkami donoszonymi zauważyć tylko można, że oddzielenie się resztki pępowiny następowało u noworodków niedonoszonych nieco później, zresztą prawie żadnej różnicy w zachowaniu się resztki pępowiny nie spostrzeżono. Jeżeli teraz weźmiemy pod uwagę pełną liczbę 200 noworodków, to zobaczymy, że przy stósowaniu opatrunku na resztkę pępowiny w sposób powyżej podany, oddzielenie się pępowiny następowało przeciętnie w 4.65 dniach, a nieprawidłowe oddzielenie

[1]) Credé i Weber. Archiv. f. Gynäk. Bd. XXIII. Heft I.

się tej resztki i gojenie się rany pępkowej wystąpiło ogółem w 13 przypadkach, to jest w 6·5% wszystkich przypadków.

We wszystkich przypadkach wystąpiło prawidłowe usychanie czyli zgorzel sucha resztki pępowiny; a jeżeli mówiłem o nieprawidłowem oddzielaniu się resztki pępowiny, to miałem na myśli występowanie większej ilości wydzieliny i znaczniejszego odczynu w miejscu pierścienia skórnego, poczem zazwyczaj pozostawała znaczniejsza powierzchnia granulacyjna.

Tu zauważyć należy, że w największej liczbie przypadków powstawała, po oddzieleniu się resztki pępowiny, bardzo mała powierzchnia granulacyjna, która zazwyczaj po dwóch dniach zupełnie się zabliźniała tak, że przeciętnie zabliźnienie się następowało w siódmym dniu.

(Dokończenie nastąpi).

IV Oceny i sprawozdania.

Uwagi do artykułu kol. Kośmińskiego: **„W sprawie pielęgnowania noworodków“.** (Przegląd lekarski Nr. 1).

W mojej pracy: „Ochronne postępowanie w położnictwie“, w ustępie o aseptyce noworodka, podjąłem pierwszy u nas walkę przeciw bezmyślnemu, ze szkodą noworodków polecanemu wymywaniu ust, jako jedynej przyczynie powstawania pleśniawek i to dlatego, że wieloletnie doświadczenie pouczyło mnie, iż pleśniawki nigdy nie powstawały u noworodków, których jama ust, prócz czystej brodawki karmicielki, z niczem innem się nie stykała. Wymywanie bowiem, a raczej wycieranie jamy ustnej, w znacznym stopniu przekrwionej sprawą ssania, może mieć jedynie ten skutek, że pozbawia błonę śluzową najważniejszej ochrony, tj. przybłonka i równocześnie zaszczepia drobnoustroje. Innej przyczyny powstawania pleśniawek, jak z zakażenia od zewnątrz (exoinfectio), nie znam. Że pleśnica biaława (oidium albicans) może się do jamy ustnej dostać i bez szmatki, temu nie przeczę: jeżeli to jednak nastąpiło, to uwzględniwszy liczne zaułki w jamie ust, usiłowania usunięcia jej zapomocą szmatki nie mogą mieć innego skutku, jak ułatwienie jej zaszczepienia się w miejscach pozbawionych przybłonka, przez czynność wycierania.

Kol. Kośmiński tylko warunkowo się zgadza na te zasady i twierdzi, że: „u noworodków słabo rozwiniętych, niedonoszonych lub chorych, można często pomimo tego stwierdzić zaleganie pokarmu i w takich przypadkach wymywanie jamy ust, odpowiednio wykonywane, może być z korzyścią stosowane“.

Sądzę, że, jeżeli Szanowny autor zna takie „odpowiednie wykonywanie“ wymywania jamy ust, to powinien był nam go udzielić. Za takie bowiem nie mogę uważać użycia 2% roztworu karbolu, gdyż nigdybym go, jako trującego nie użył i używać nie pozwolił, choćby z obawy garbującego działania na delikatny przybłonek i następowego złuszczania się go[1]). Jeżeli zaś Szan. autor nic innego nie miał na myśli jak znowu wymywanie zapomocą szmatki i wody, to w ten sposób łatwiej zaszczepi pleśniawki u dzieci wątłych i niedonoszonych, niż u dobrze rozwiniętych.

W innem miejscu artykułu kol. K. znajdujemy zdanie następujące: „skutkiem ciągłego przechodzenia pokarmu przez jamę ust, pokarm ten może zalegać w zaułkach pomiędzy fałdami, ulegając łatwo kiśnieniu. Kiśnienie takie w jamie ustnej nie jest wcale dla noworodka obojętne, gdyż może sprowadzić poważne zaburzenia w chemizmie trawienia, a dalej wiemy, że sprzyja bardzo rozwojowi pleśniawek, choroby tak częstej w pierwszych tygodniach życia.“

[1]) Bezstronność nakazuje tu zaznaczyć, że w artykule kol. Kośmińskiego o karbolu mowy niema. (Red.)

Ustęp ten zawiera same, kategorycznie wypowiedziane twierdzenia, z których ani jedno nie jest udowodnione. Najpierw bowiem nie wiemy, jak długo może pokarm w jamie ust zalegać, następnie nie udowodnił kol. K., czy rzeczywiście ta zalegająca odrobina kiśnie, nie badał jej na drobnoustroje, czy je zawiera i jakie i niczem nie wykazał w jaki sposób sprzyja ona rozwojowi pleśniawek. Prawda zatem, która jest ostatecznym celem każdego badania, na tym wywodzie kol. K. nic nie zyskała, a to dlatego, że mu zbywa podstawy umiejętnego badania.

Kol. K. twierdzi, że resztka zalegającego w jamie ust pokarmu, może przez kiśnienie (którego nie udowodnił) sprowadzić poważne zaburzenia w chemizmie trawienia.

Chemizm trawienia u noworodków jest jeszcze bardzo mało znany: lecz tyle o nim wiemy, że nawet czczy żołądek noworodków zawiera znaczne ilości wolnego HCl. (Leo), który wszelkie drobnoustroje najgruntowniej niszczy. — Większa część mleka w bardzo krótkim czasie dostaje się z żołądka do kiszek i dlatego Leo uważa żołądek noworodka za rezerwoar tylko i za aparat desinfekcyjny dla mleka. Że w razie nadużycia tego rezerwoaru może on nie dostarczać takiej ilości HCl., którаby do tej desinfekcyi wystarczyła, to zdaje się być prawdopodobnem. Całkiem jednak nieusprawiedliwionem jest twierdzenie, że bardzo znaczna siła odrażająca soku żołądkowego nie wystarczy na zniszczenie drobnoustrojów kisnącej odrobiny mleka, zalegającego w ustach, gdy ani tego kiśnienia, ani też drobnoustrojów się nie udowodniło.

Muszę bowiem przypuszczać, że kol. K. tak rzecz pojmuje, gdy wspomina o poważnych zaburzeniach w chemizmie trawienia. Może ja nie mam racyi i może mię kol. K. kiedyś przekona rezultatami jakiegoś przyszłego badania na umiejętnej podstawie przeprowadzonego, a wówczas sam pouczony, będę prawdziwie rad z tego.

Dr. W. Bylicki.

Na „Uwagi“ Dra Bylickiego nadesłał Dr. Kośmiński następującą odpowiedź:

Hołdując zasadzie „suum cuique“, pospieszam z oświadczeniem, że Dr. Bylicki w swej pracy „Ochronne postępowanie w położnictwie“ rzeczywiście wypowiedział kategorycznie zdanie, potępiające wymywanie jamy ustnej u noworodków. Przyznając słuszność Drowi Bylickiemu, że on w swej rozprawie „pierwszy u nas“ wystąpił przeciw wymywaniu ust u noworodków, muszę oskarżyć siebie, że nie uważałem tego za fakt pierwszorzędnej doniosłości, ażeby, z nieumyślnego niezaznaczenia tego pierwszeństwa „u nas“ wyniknąć miało naruszenie praw posiadania literackiego Dra Bylickiego, a to tem więcej, że o ile mnie wiadomo, pierwszym, który wystąpił przeciw szablonowemu wymywaniu jamy ustnej u noworodków był Epstein[1]), a następnie Fischl[2]), v. Engel[3]), Baum[4]) itd., podczas gdy Dr. Bylicki ogłosił swą pracę w r. 1896.

Co do zarzutów rzeczowych, to ze względu na zwyczaje polemiki literackiej, przystoi mi co najmniej wstrzymać się z odpowiedzią, aż artykuł mój w całości ogłoszonym w *Przeglądzie lekarskim* zostanie. Wszak w miarę postępu druku mogą nasunąć się Drowi Bylickiemu jeszcze inne uwagi krytyczne, a w takim razie odpowiedziałbym zbiorowo na wszystkie zarzuty, uczynione całej mej pracy, a nie tylko jej części wstępnej. *Dr. Kośmiński.*

[1]) Epstein: Prager med. Wochenschrift. 1884. Nr. 13. 14. 16.
[2]) Fischl: Prager med. Wochenschrift. 1886. Nr. 41.
[3]) v. Engel: Wiener med. Presse 1888. Nr. 8. 9.
[4]) Baum: Berliner klin. Wochenschrift 1891. Nr. 34.

V. Wyciągi.

Dr. Hallopeau: **Znaczenie toksyn w dermatologii.** (*Wien. med. Presse*, 1897, 42). Działanie toksyn zależy od trzech czynników: od przyczyny chorobowej, od podłoża, które osobnik przedstawia i od stanu osobnika, w jakim się znajduje w chwili działania jadu. Toksyny mogą się rozwijać zewnątrz i wewnątrz ustroju; to też rozdzielić je należy na zewnętrzne, wewnętrzne i drobnoustrojowe, częściowo przez drobnoustroje, częścią przez komórki ciała wytworzone. Zmiany w skórze, jak rumień, obrzęk, pęcherz, krosta, przeczos, nawet szersze zapalenie skóry, powstają często przez działanie toksyn zewnętrznych, przy ugryzieniu owadów, wężów, albo przy spożyciu ryb, raków, owoców, a nawet dotknięciu cantharides. Podobne zmiany sprowadzają ustroje roślinne, szczególnie grzybki i pleśnie, przez wytwarzane przez się toksyny.

Wewnętrzne toksyny mogą pochodzić z czynności komórek ustroju, czy to przez wzmożoną czynność, czy też upośledzenie komórek wydzielniczych. Znamy różne tego rodzaju zmiany skóry: przy zatrzymaniu żółci (żółtaczka z świerzbiączką), przy moczówce cukrowej (czyraki, świerzbienie, zgorzel), przy zatrzymaniu moczu (rumień, pokrzywka), przy nadmiernem wydzielaniu potu (wyprysk), przy skazie moczanowej.

Głównem miejscem wytwarzania się toksyn drobnoustrojowych jest przewód pokarmowy, w którym tak liczne bakterye żyją, nie wyrządzające w prawidłowych warunkach żadnej szkody ustrojowi, gdyż przybłonek przewodu pokarmowego chroni od wchłaniania się jadu. Przy uszkodzeniu jednak przybłonka, lub gdy ilość jadu znacznie się wzmoże, łatwo może przyjść do zakażenia. Tem się tłómaczą różne wysypki na skórze przy zboczeniach przewodu pokarmowego. Podobnie widzimy zmiany skórne przy zmianach czynnościowych wątroby, której zadaniem jest pochłanianie wytwarzanych w ustroju toksyn.

Wreszcie wielkie dla dermatologii znaczenie mają toksyny chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych. Zmiany skórne przy tych chorobach powstają albo w miejscu ich usadowienia, jak gruźlica skóry, kłykciny, trądzik, czyraki, lub zdala od siedzib bakteryj, jak przy róży i sprawach ropnych. W innych sprawach znowu polegają zmiany skórne na uogólnieniu się jadu, jak przy dławcu, rzeżączce, durze, cholerze, gośccu. Autor, zwracając uwagę na znaczenie tej sprawy, dodaje, że patolodzy i chemicy mają w tej, mało jeszcze zbadanej, dziedzinie prawdziwe pole do popisu.

F. K.

Below: **Czarnomocz (melanurya), sztuczny wytwór soli chininowych** (*Berl. klin. Woch.*, 1897, Nr. 46). Autor przebywał przez $1^1/_2$ roku w Matamoros (na granicy Meksyku i Teksas), następnie w stolicy Meksyku, skąd robił dosyć dalekie wycieczki, miał więc sposobność zapoznać się z chorobami „aklimatyzacyjnemi". Rozmaite postacie tych chorób starano się oddawna, mianowicie ze strony lekarzy świeżo przybywających, wyróżnić, jako osobne jednostki chorobowe. Co jednak w jednej epidemii, lub jednej miejscowości, wydaje się ściśle określonym obrazem, to traci tę cechę, gdy się pozna większą ilość przypadków różnego pochodzenia. Według autora usprawiedliwiony jest zatem podział jedynie na dwie wielkie gromady chorobowe: zimnicy i żółtej gorączki. Pierwsza odznacza się obrzękiem śledziony, skutecznością chininy, przerywaną gorączką, brakiem żółtaczki, brakiem odchodów krwawych i podatnością na chorobę wszystkich szczepów ludzkich; druga brakiem obrzęku śledziony, bezskutecznością leczenia chinowego, brakiem typowej krzywej gorączkowej, zato obecnością żółtaczki i odchodów krwawych, wreszcie odpornością na zakażenie murzynów. Według nasilenia choroby można w niej postawić 3 wzory chorobowe: *febris biliosa* (Berenger), melanurya, jeżeli ją wogóle można uważać za osobny obraz chorobowy, i *vomito*. Podział ten odpowiadałby następującym stopniom przy zimnicy: *intermittens, remittens* i *pernitiosa*. Obok zakaźnej gorączki żółtej należałoby przyjąć przypadki niezakaźne, pozostające do zakaźnych w tym stosunku, co cholera swojska do azyatyckiej.

Nad zatoką meksykańską obie te gromady są rozmaicie rozmieszczone, a ich zakresy stykają się ze sobą właśnie w Matamoros. Zimnica zajmuje północne wybrzeża zatoki: Luizyanę, Teksas i niziny nad Missisipi, żółta gorączka — brzegi zachodnie południowe i wschodnie: Meksyk, Jukatan, Kubę i Florydę.

Co do czarnomoczu, to autor zwraca uwagę, że Dämpfkopf, lekarz z Friedrich Wilhelms Hafen na N. Gwinei, widywał w owych okolicach, nie nawiedzonych przez żółtą gorączkę czarnomocz (13 przypadków) jedynie w kilka godzin po przyjęciu znaczniejszych dawek chininy; z drugiej strony Heinemann, praktykujący od 30 lat w Vera Cruz, zatem w okolicy z żółtą gorączką spotykał się z gorączką czarnomoczową (Schwarzwasserfieber) bardzo rzadko, bo tam ludzie instynktowo uchylają się od używania chininy, gdyż ta przy żółtej gorączce nietylko nie jest pomocną, ale raczej szkodliwą. Wreszcie z roczników Haspera i Hirscha wynikałoby, że czarnomocz znany jest dopiero od wprowadzenia soli chinowych do handlu. *Lewkowicz.*

Dr. W. Collan: **O patogenezie rzeżączkowego zapalenia przyjądrza.** (*W. klin. Woch.*, 1897, 48). Przyczyna powstawania tego cierpienia nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśnioną; jedni za przyczynę uważają jad rzeżączkowy, inni przeczą temu. Pierwsze przypadki, udowadniające, że sam jad rzeżączkowy jest przyczyną zapalenia powyższego, podali Rontier (1895) i Grosz (1897), obecnie autor nakłuciem wydobył płyn surowiczy z przyjądrza, z którego wychodował niedające się zaprzeczyć gonokoki. *F. K.*

Dr. W. Sterling: **Kazuistyka kiły późnej.** (*Arch. f. Derm u. Syph.*, T. 41, Z. 3). Autor zestawia przypadki kiły późnej, spostrzegane i leczone na oddziale Dr. Elsenberga w Warszawie, których ilość wynosi pokaźną liczbę 811. Stosunek tych chorych do przypadków kiły wczesnej, zwraca na siebie uwagę, gdyż podczas gdy u różnych autorów odsetek przypadków kiły trzeciorzędnej wynosi od 7 do 15, to w szpitalu żydowskim w Warszawie wynosi 45%. Nadmierny ten odsetek tłómaczy S. tem, że szpitalni chorzy pochodzą z dalekich nawet okolic i należą do najuboższej klasy ludności, która na leczenie nie ma ni czasu, ni środków materyalnych. Ciekawą również jest częstość zmian kiłowych późnych w kościach, czego autor wytłómaczyć nie umie. W końcu tego pouczającego zestawienia przytacza S. kilka ciekawszych i rzadszych przypadków tego cierpienia.

F. K.

Stadelmann (Berlin): **O nakłóciu lędźwiowem na podstawie klinicznych spostrzeżeń.** (*Deutsch. med. Woch.* 1897: Nr. 47.) Na podstawie doświadczenia zdobytego na mniej więcej stu przypadkach, przeważnie u osób dorosłych, twierdzi autor, że nakłócie lędźwiowe nie ma żadnej wartości leczniczej. W przypadkach guzów mózgowych, gdzie tyle się po niem spodziewano, nakłócie nietylko nie działa korzystnie na objawy uciskowe: bóle głowy, wymioty itd., ale przeciwnie może wywołać pogorszenie przypadków, a nawet nagłą śmierć. Jeszcze niebezpieczniejszem jest jego zastósowanie przeciw objawom uciskowym przy krwotoku mózgowym, może ono bowiem być powodem ponownego krwotoku, a w jednym przypadku autora stało się w ten sposób bezpośrednią przyczyną śmierci.

Co do znaczenia rozpoznawczego, to jest ono wielkie, ale nie należy go przeceniać. Wartość ma tutaj mianowicie wynik tylko dodatni. W razie wykazania prątków gruźliczych, ziarniaka środkomórkowego, ziarniaków (koków) zapalenia płuc, gronkowców, lub paciorkowców ropnych, rozpoznanie staje się zupełnie pewnem. Badać należy zaraz po nakłóciu w barwionym preparacie, lub kropli wiszącej, a założenie hodowli nie wystarcza, gdyż prątki mogły w płynie utracić żywotność.

Jeżeli się prątków nie znajdzie, to odpowiedniego zapalenia wykluczyć nie można. Przy zapaleniu gruźliczem znajdował np. autor prątki tylko w 20% przypadków. Bo też gruzełki na oponach mogą wogóle nie uledz rozpadowi, mogą się znajdować głębiej pod powierzchnią lub być tak drobne, że tylko badanie drobnowidowe wykazuje je około naczyń. Ale nawet w razie rozpadu gruzełków wynik badania nie zawsze będzie dodatni. W stosunkach prawidłowych istnieją wprawdzie połączenia przestrzeni podpajęczej, którą nakłówamy, przez otwór Magendiego i otwory boczne z 4 komorą, a z tego przez przewód Sylwiusza z komorą trzecią i bocznemi, ale połączenia te łatwo mogą być zatkane, lub zlepione, a także ciągłość przestrzeni podpajęczej może być przez wypocinę galaretowatą przerwaną. Wreszcie i o tem należy pamiętać, że przy nakłóciu możemy trafić do przestrzeni podtwardówkowej, jeżeli ona wyjątkowo wypełniona jest płynem, a ta z przestrzenią podpajęczą się nie łączy.

Z tych samych przyczyn może także i ciśnienie okazać się przy nakłóciu nie podniesionem, chociaż później przy badaniu pośmiertnem znajdujemy ślady ucisku mózgowego.

Znaczniejsza zawartość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym świadczy o sprawie zapalnej na oponach, ale może się także zdarzyć przy guzie mózgowym.

Wielkie praktyczne znaczenie może mieć nakłócie w przypadkach ropni mózgowych, ale tylko w jednym kierunku. Jeżeli znajdziemy ciecz ropną, to wtedy z powodu towarzyszącego zapalenia opon zabieg operacyjny nie będzie wskazany. W obu zaś kierunkach, dodatnim i ujemnym, można według doświadczenia autora polegać na wyniku nakłócia, jeżeli chodzi o stwierdzenie, czy u nieprzytomnego pijaka z obłędem opilczym istnieje złamanie czaszki (ciecz mętna, krwawa, drobnoustroje). *Lewkowicz.*

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie lekarzy okręgowych.

W numerze 51 „Przegl. lek.“ umieścił pan inspektor szpitali, Dr. Jan Stella Sawicki, artykuł p. t. „Okręgi sanitarne“, a to, jak w końcowym ustępie powiada, w celu wywołania dyskusyi w tej tak ważnej oraz i kosztownej sprawie.

Ponieważ zapatrywania moje na instytucyę lekarzy okręgowych różnią się bardzo od zapatrywań Dr. S., to jakkolwiek prawdopodobnie będę miał sposobność wypowiedzieć moje zdanie w ankiecie, którą niezawodnie Wydział kraj. dla tej sprawy powoła, nie mogę artykułu Dra Saw. pozostawić bez odpowiedzi z obawy, aby ci Szan. Koledzy, którzy nie mogą sprawy znać dokładnie, nie nabrali tego samego przekonania, jakie wygłasza Dr. Sawicki.

Zaznaczam, co już na ankiecie w sprawie akuszerek gminnych w dniu 6 paźdz. 1897 r. podniosłem, że ustawa o organizacyi służby zdrowia w gminach z 2 lutego 1891, jako kompromisowa, nie może wszystkich zadowolnić; ma ona pewne braki, ale braki te zdaniem mojem leżą raczej w sposobie wykonania ustawy, jak w niej samej. W tem się zgadzam z p. inspektorem szpitali, że instytucya lekarzy okręgowych nie jest powszechnie przez ludność pożądaną, że nie wszyscy lekarze okręg. zdobyli sobie takie uznanie, jak potrzeba i jak sobie tego życzyć należy i że w tej formie, — jak instytucya ta obecnie istnieje, — nie przynosi spodziewanych korzyści krajowi.

Zanim jednak przejdę do omówienia zarzutów podniesionych przez Dra Saw. przeciw instytucyi lekarzy okręgowych, muszę sprostować niektóre mylne daty, przytoczone przez autora, niektóre zaś ustępy w jego artykule w innem świetle przedstawić.

I tak mylne jest twierdzenie Dra Saw. jakoby Galicya traciła rok rocznie na choroby zakaźne 80.000 ludzi, czyli 30% zmarłych. W ostatnich dwudziestu pięciu latach najwyższa liczba była w r. 1772 68941, najniższa w roku 1893, bo tylko 48805, czyli w pierwszym 30·8‰ zmarłych, a 11·3‰ ludności, w drugim 24·5‰ zmarłych, a 7·1‰ ludności.

Dalej mylnem jest twierdzenie Dra Saw. jakoby 2-go lutego 1896 minęło sześć lat od ustanowienia organizacyi służby zdrowia w gminach. Po wejściu w życie ustawy z 2 lutego 1891 r., pierwszych 14 okręgów zostało przez Sejm krajowy zezwolonych dopiero na posiedzeniu 30 marca 1892; druga serya 29 okręgów uchwaloną została 10 maja 1893 r. W r. 1894 i 1895 nie pomnażano wcale liczby okręgów; dopiero w styczniu 1896 uchwalił Sejm kredyt na dalszych 23, a w grudniu tego samego roku — na rok 1897 na dalszych 20 okręgów.

Otóż jeśli się zważy, że od uchwały Sejmowej do objęcia posad lekarzy upłynęło zawsze co najmniej pół roku, przychodzimy do wniosku, że wprawdzie ustawa obowiązuje obecnie już od lat siedmiu, że jednak organizacya w pierwszych latach tylko powolnie postępowała tak, że dopiero od połowy r. 1896 mamy więcej, niż 50 okręgów, a w końcu roku 1897 zaledwie piątą część całej ilości okręgów dla kraju potrzebnych.

Także mylnem jest twierdzenie Dra Saw., jakoby instytucya lekarzy okręgowych wymagała rocznego wydatku 100.000 złr. Pominąwszy okoliczność, że czytający artykuł Dra Saw. może nabrać przekonania, jakoby od lat sześciu kraj wydawał na lekarzy okręgowych rok rocznie kwotę stu tysięcy, które to przekonanie w obec powyżej opisanego powolnego i stopniowego kreowania posad lekarzy okr. jest mylnem, nawet w ostatnim roku nie wydał kraj takiej kwoty, bo powiaty wypłaciły na pensye dla 80 lekarzy okręgowych po 500 zł. kwotę 40.000 zł., fundusz zaś krajowy na ryczałt, licząc w przecięciu po 300 zł. dla każdego, razem 24.000; a zatem fundusze powiatowe i krajowy razem 64.000 zł. Od początku organizacyi wydał Wydział kraj. na koszta podróży lekarzy okręgowych w r. 1892 240 zł. w r. 1893 3013 zł. w r. 1894 6.090, w r. 1895 11.095, razem 20.433 zł., przyznany na r. 1896 kredyt w kwocie 18.000 nie został wyczerpany.

Dalej mylnem jest twierdzenie Dra Saw., jakoby władzę dyscyplinarną nad lekarzem okręgowym wykonywał wójt gminy, t. j., bardzo często, prosty chłop. Tylko w miastach i miasteczkach, które tworzą samoistne gminy sanitarne i nie są wcielone do żadnego okręgu, nad lekarzem gminnym wykonuje władzę dyscyplinarną naczelnik gminy (burmistrz), nad lekarzem zaś okręgowym wykonuje tę władzę Rada powiatowa, a nie wójt. Wogóle, w ustawie, będącej w mowie, jest ta zasada przestrzegana, że kto ponosi koszta utrzymania lekarza, ten sprawuje nad nim władzę dyscyplinarną i sądzę, że przeciw tej zasadzie nikt nie powinien żadnych zarzutów podnosić. Lekarz gminny pobiera płacę z funduszu gminy, więc naczelnik wykonuje nad nim władzę dyscyplinarną; lekarz okręgowy, pobiera płacę z funduszu powiatowego, a więc podlega on władzy dyscypl. Rady powiatowej. Tak w jednym jak i w drugim razie zastrzeżone jest lekarzowi prawo rekursu do wyższych władz autonomicznych.

Nie zupełnie prawdziwem jest także twierdzenie Dra Saw., jakoby lekarz okręgowy miał obowiązek leczyć chorych, dotkniętych chorobą zakaźną; rozumie się, że ten obowiązek odnosić się może tylko do bezpłatnego leczenia. Otóż lekarz okręgowy ma obowiązek, sprawdziwszy chorobę zakaźną, wydać na miejscu zarządzenia co do potrzebnych środków zaradczych, aby chorobę stłumić w zarodku; skoro zaś lekarz urzędowy stwierdzi rozwinięcie się epidemii, wówczas lekarz okręgowy za leczenie chorych, dotkniętych tą chorobą, pobiera wynagrodzenie takie, jak i inni lekarze wolnopraktykujący, delegowani z ramienia rządu do epidemii. (Rozporz. wykon. do § 14 ustawy).

Po sprostowaniu tych błędnych faktów i zapatrywań Dra Saw., przystępuję do omówienia zarzutów podniesionych przez autora tak przeciw ustawie samej jak i rozporządzeniu wykonawczemu.

Ponieważ bardzo wielu lekarzy nie zna różnicy zachodzącej między ustawą i rozporządzeniem, więc sądzę, iż nie będzie od rzeczy na tem miejscu tę różnicę wyjaśnić. Otóż ustawę wydaje ciało prawodawcze, a więc Sejm krajowy, względnie Rada państwa i ustawa potrzebuje sankcyi Cesarza; rozporządzenie zaś wydaje w ramach ustawy władza wykonawcza, a więc w tym razie Wydział kraj. w porozumieniu z Namiestnictwem.

Otóż podnieść muszę, że przeważna ilość zarzutów Dr. Saw. odnosi się nie do ustawy, lecz do rozporządzenia wykonawczego, że jeżeli więc zachodzi potrzeba zmiany tego rozporządzenia, może Wydział krajowy w porozumieniu z Namiestnictwem to rozporządzenie zmienić, oraz i złe naprawić.

Ale jakież są zarzuty Dra Saw.? Zastrasza go przedewszystkiem instrukcya dla lekarzy gminnych i okręgowych, że potrzeba było całego alfabetu łacińskiego, aby wyliczyć wszystkie obowiązki tych lekarzy. Nie wiem, czy istnieje pisana instrukcya dla krajowego inspektora szpitali, ale wyobrażam sobie, że w takiej instrukcyi potrzebaby także co najmniej całego alfabetu, aby wyliczyć wszystkie obowiązki, na które przy inspekcyi szpitala zwrócić uwagę należy, a przecież w bardzo wielu razach, a mianowicie przy inspekcyi mniejszych szpitali, instrukcya ta w znacznej części pozostałaby tylko na papierze. Wszak instrukcya musiałaby uwzględniać stosunki tak skomplikowane, jak one są w szpitalu lwowskim lub krakowskim, lecz także stosunki szpitala w Śniatynie o 24 lub innych o 40 łóżkach. Tak samo ma się rzecz z instrukcyą dla lekarzy gminnych i okręgowych. Jedna i ta sama instrukcya obowiązuje lekarza gminnego w miastach Przemyślu, Kołomyi, Tarnowie, Tarnopolu i t. d. jako również i lekarzy okręgowych w okolicach czysto rolniczych.

Gdzie niema fabryk ani innych zakładów przemysłowych, gdzie jedynemi publicznemi instytucyami są szkoły, karczmy, sklepiki wiejskie, tam cała czynność lekarza okręgowego jest bardzo mała i tam nie ma on wiele obowiązków pod względem sanitarno-policyjnym.

Znam bardzo wielu lekarzy okręgowych, przypatrywałem się z bliska ich działalności, lecz śmiało rzec mogę, że żaden nie narzekał na zbytnie obciążenie pracą, przeciwnie wielu użalało się na mały tylko zakres swych czynności.

To jest jasnem, że ustawa chce mieć w instytucyi lekarzy gminnych i okręgowych przedewszystkiem o r g a n a d o l e c z e n i a c h o r y c h. Wszak w § 14 ust. 2 ustawy, w którym mowa o instrukcyi, podniesiono, że w instrukcyi, musi być zawarty i szczegółowo określony obowiązek leczenia ubogich chorych bezpłatnie; co do innych obowiązków powiedziane jest ogólnikowo w ustawie, że lekarz gminny, względnie okręgowy, jest stałym fachowym organem dla gminy i powiatu, powołanym do współdziałania w sprawach sanitarno-policyjnych.

Niepodobna więc było dać lekarzom gminnym i okręg. takiej instrukcyi, że mają tylko leczyć i to ubogich bezpłatnie, innych za wynagrodzeniem; lecz potrzeba było w instrukcyi podnieść wszystkie sprawy sanitarne, które do zakresu działania gmin należą.

A że tych spraw jest wiele, więc instrukcya wypadła długa; pominięcie ingerencyi lekarza okręgowego w którejkolwiek sprawie sanitarnej, należącej do własnego zakresu działania gminy, byłoby n a r u s z e n i e m a u t o n o m i i, na któraby ani Wydział krajowy ani Sejm nie zezwolił. Dlatego wprost niezrozumiałym wydaje mi się zarzut Dra Saw., że lekarze okręgowi mają za wiele obowiązków i że można było, pisząc instrukcyą dla autonomicznych organów sanitarnych, odjąć im prawo ingerencyi w sprawach należących do własnego zakresu działania gminy.

Przeciwnicy organizacyi służby zdrowia w gminach głoszą, że rząd dlatego tak napierał na doprowadzenie do skutku tej instytucyi, ponieważ pragnie ciężar opieki nad zdrowiem publicznem przesunąć na kraj i w lekarzach okręgowych zyskać biurokratyczne organa sobie podwładne. Gdyby tak było, to, w miarę przybywającej ilości okręgowych, powinienby Rząd zmniejszać liczbę lekarzy przy władzach polit., albo z powodu wrzekomego zmniejszenia ich obowiązków, zmniejszać im płace, i znosić albo zmniejszać ryczałty na peryodyczne objazdy powiatu. A tymczasem już w ostatnich dwóch latach Rząd pomnożył liczbę urzędników sanitarnych, podwyższył im rangę, podwoił im ryczałt na objazdy i powiększył dotacyę na wydatki sanitarne w Galicyi. Więc jasnem jest, że tylko troska o zdrowie publiczne jest pobudką, — dla której Rząd pragnie rychłego doprowadzenia do skutku organizacyi służby zdrowia w gminach.

Dr. Saw. robi zarzut, że lekarz okręgowy zależny jest od wójta, marszałka powiatowego, od starosty, lekarza powiatowego, c. k. inspektorów sanitarnych i krajowego referenta sanitarnego, a właściwie, jak potem sam autor powiada, z nikogo sobie nic nie robi. Otóż według mego zdania lekarz okręgowy zależny jest tylko od tego, kto nad nim władzę dyscyplinarną sprawuje, a pod tym względem — jak wyżej wykazałem — ustawa jest jasna. Że marszałek powiatowy nie troszczy się o lekarza okręgowego, — jak twierdzi Dr. Saw., — to nie jest wina ustawy, a zresztą tak nie jest, bo w wielu powiatach Wydziały powiatowe bardzo gorliwie zajmują się lekarzami okręgowymi. Zresztą trudno narzekać, że lekarz powiatowy, krajowy inspektor sanitarny lub krajowy referent sanitarny wgląda w czynności lekarza okręgowego, bo żyjemy w tych czasach, że każdy, opłacający podatek, ma prawo wglądać w czynności funkcyonaryuszów publicznych, byle ta kontrola była rzeczowa, nie uciążliwa i nie ubliżająca. Gdy w podróżach moich urzędowych dostrzegłem ze strony jednego z lekarzy okręgowych bardzo znaczne zaniedbywanie obowiązków, złożyłem o tem relacyę pisemną do mej władzy i dopiero po przeprowadzonem ze strony Wydziału powiatowego śledztwie, otrzymał on naganę od władzy autonomicznej. Innej władzy nad lekarzami okręgow. organa rządowe nie mają i nie pragną, więc o zależności urzędowej tych lekarzy od lekarzy rządowych lub od c. k. starosty mowy być nie może.

Żądane przez rząd od lekarzy okręgowych wykazy statystyczne, o których Dr. Sawicki twierdzi, że są istną plagą lekarzy, nie są tak straszne. Raz w rok winien lekarz okręgowy przedłożyć cyfrowy wykaz wszystkich ciemnych, obłąkanych, kretynów, w okręgu będących. Jeżeli lekarz prowadzi należycie ewidencyę tych ułomnych, roczne wykazy dla każdej gminy z osobna można w dwóch godzinach sporządzić.

Trudno taką czynność nazwać plagą, chociażby ona była czystym wymysłem biurokratycznym. A przecież tak nie jest. Utrzymywanie ewidencyi obłąkanych, ciemnych, kretynów, podrzutków, nie ma na celu jedynie zarejestrowania ich, lecz jak to w instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręg. powiedziano, że lekarz ma zawiadomić władzę, gdy dostrzeże, że opieka tych osób jest pod względem sanitarnym zaniedbaną. Jest to obowiązek, od którego, nie wiem, czy który lekarz usuwa się i, jeżeli raz wprowadzi sobie wykaz imienny tych nieszczęśliwych istot i, w miarę otrzymywanych, podczas swych podróży, wiadomości, wykaz ten uzupełnia, wówczas sporządzenie rocznych wykazów jest drobnostką. Narzeka więc na plagę wykazów tylko taki lekarz, który wogóle nie lubi żadnych obowiązków, albo taki, który nie jest lekarzem, tylko zarobnikiem. A takich, na szczęście, ja znam bardzo mało w kraju. Przeciwnie, na każdym kroku spotyka się lekarzy z całem poświęceniem oddanych swemu

zawodowi, którzy bez wielkich widoków na korzyści materyalne, z narażeniem zdrowia, życia i bytu swej rodziny, spełniają gorliwie obowiązki swego powołania.

Powiedziałem na wstępie, że w tem zgadzam się z Dr. Saw., że instytucya lekarzy okręgowych nie przyniosła spodziewanych korzyści, a w szczególności, że stosunek lekarza do chorych w jego okręgu nie jest takim, jakim być powinien. Ale nie zgadzam się w tem z Drem Saw., aby to było winą ustawy, tem mniej nie jest to winą lekarzy okręgowych.

Jak długo nie będzie w siedzibie lekarza okręgowego urządzony szpital pod kierunkiem tegoż lekarza, tak długo nie możemy się spodziewać pomyślnych wyników w całej organizacyi służby zdrowia w gminach.

Dr. Józef Merunowicz.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII Wiadomości bieżące.

Kraków 13 Stycznia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem złożyła sprawozdanie komisya powołana przez Towarzystwo dla ułożenia etyki lekarskiej

Komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przysyła nam następującą odezwę:

Mocą uchwały Komitetu przygotowującego VIII zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, w dniach 12, 13 i 14 lipca roku bieżącego, urządzoną będzie podczas zjazdu wystawa przyrodniczo-lekarska.

Wystawa będzie miała następujące oddziały:

I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu.

II. Higiena: 1) Ogrzewanie. 2) Oświetlanie. 3) Wentylacya. 4) Wodociągi i kanalizacya 5) Łazienki. 6) Desinfekcya 7) Gimnastyka lecznicza i t. d. 8) Odzienie.

III. Nauka lekarska: 1) Anatomia. 2) Fizyologia. 3) Psycho-fizyologia. 4) Patologia: a) ogólna, b) szczegółowa. 5) Środki farmaceutyczne. 6) Seroterapia i serodiagnostyka, organoterapia. 7) Narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka etc.) 8) Elektroterapia i elektrodiagnoza (Roentgen).

IV. Środki spożywcze i odżywcze: Przetwory mięsne. 2) Przetwory mleczne. 3) Przetwory mączne. 4) Konserwy. 5) Napoje alkoholiczne. 6) Napoje bez alkoholu.

V. Balneologia: Wody mineralne. 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe.

VI. Bakteryologia: 1) Lekarska. 2) Rolniczo-przemysłowa.

VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika. 2) Zoologia i paleontologia. 3) Mineralogia i geologia. 4) Fizyka. 5) Chemia.

VIII. Antropologia i etnografia.

Uprasza się wobec tego wszystkich interesowanych, ażeby jak najliczniej i najobficiej wystawę obesłać raczyli, a tem samem przyczynili się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa.

Zgłoszenia osobiste lub piśmienne uprasza się przesłać najpóźniej do 1 maja roku bieżącego na ręce p. dr. Drobnika, Poznań, św. Marcin, nr. 79.

W imieniu sekcyi wystawowej:

Dr. Tomasz Drobnik. *Witold Zakrzewski.*

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwały wydziałów lekarskich krakowskiego i lwowskiego, powołujące na stanowiska docentów: Dra Stanisława Ciechanowskiego do wykładów anatomii patologicznej w Krakowie i Dra Antoniego Gabryszewskiego — z zakresu chirurgii we Lwowie.

* Pierwszy Nr. „Przeglądu dentystycznego" opuścił prasę i został rozesłany. Traktowana z jakąś nieuzasadnioną wyniosłością dentystyka weszła, siłą naukowego rozwoju, w ostatnich latach, w swe prawa, stając się gałęzią chirurgii, jak każda inna. Powstanie „Przeglądu dentystycznego" zaliczamy do objawów pomyślnych naszego dorobku naukowego, zwłaszcza, że sam miesięcznik przedstawia się nader poważnie i starannie. Po wstępnem słowie od Redakcyi idą prace oryginalne, następnie dział sprawozdawczy bardzo obfity i w treść bogaty; następnie wiadomości pomniejsze, kronika i sprawy zawodowe. Kształt, papier, druk, a wreszcie i treść zalecają to wydawnictwo nader korzystnie i wróżą trwałe powodzenie.

* Towarzystwo lekarskie warszawskie wybrało na rok 1898 prezesem Dra B. Gepnera, wiceprezesem Dra Wł. Gajkiewicza, sekretarzem dorocznym Dra J. Winiarskiego.

* Komisya budżetowa Sejmu galicyjskiego zamknęła rachunki funduszu krajowego za r. 1896. Wydatki sanitarne w r. sprawozdawczym wynosiły 1,115.619 złr., w stosunku do wydatków netto 13,35%. Na oświatę 2,311.719 złr. — w stosunku do ogółu wydatkow netto 27,70%.

* „Kalendarz dentystyczny", wydawany w Warszawie przez M. Krakowskiego opuścił prasę. Oprócz części ściśle kalendarzowej i informacyjnej, zawiera on bogaty poradnik dentystyczny, a kształtem i drukiem zbliżony jest do kalendarzy lekarskich.

Mianowania: Wydział krajowy zamianował Dr. W. Smolarskiego sekundaryuszem I klasy, Dr. E. Stahra, sekundaryuszem II klasy w krajowym szpitalu św. Łazarza.

Nekrologia. W Meranie zmarł Dr. Michał Rosenzweig, wzięty lekarz warszawski. Zmarły urodził się i kształcił w Krakowie. Pozostawił 4 rozprawy z dziedziny medycyny praktycznej. Prof. Zacharin zakończył życie w Moskwie. O ile w nauce nie przekazał on swego imienia potomnym, o tyle, jako praktyk, używał rozgłosu. W ostatnich latach życia stracił życzliwość swego społeczeństwa dla dwóch powodów: jedni mu zarzucali nieudolność w ratowaniu cesarza Aleksandra III-go, inni zaś mieli żal za reakcyjne przekonania w zakresie szkolnictwa ludowego.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Medycynie" Nr. 2: Janczewskiego St.: Przypadek ciąży zewnątrzmacicznej. Wydobycie przez cięcie brzuszne żywego, zdolnego do życia płodu. Wyzdrowienie. Prof. Dra Kosińskiego: Guz mózgu w okolicy bruzdy Rolanda lewej (c. d.). W „Gazecie lekarskiej" Nr. 2: Rejchmana M.: Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu zanikowego nieżytu żołądka. Dra Pawińskiego J.: Asthma vesicale (c. d.). Dra Dunina T.: O neurastenii peryodycznej (dok.). W „Przeglądzie dentystycznym" Nr. 1: Dzierżawskiego: O znieczulaniu przy wyjmowaniu zębów zapomocą wstrzykiwań śróddziąsłowych. Sposób wykonania i wskazania do tych wstrzykiwań, a także kilka słów o zastósowaniu w tym celu eukainy. Krakowskiego M. Przypadek ciężkiego omdlenia po wyjęciu zęba.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Wróblewskiego A.: Ueber die chemische Beschaffenheit der Diastase und über die Bestimmung ihrer Wirksamkeit unter Benutzung von löslicher Stärke, sowie über ein in den Diastasepräparaten vorhandenes Araban. Strassburg, 1897.

— Tegoż: Eine chemische Notiz zur Schlatter'schen totalen Magenextirpation. 1898.

— Dr. Stawowski (Gdańsk): Der Werth der Elektricität bei der Behandlung der Ischias. 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 19-ym Stycznia to jest we środę o godzinie 6-tej wieczorem w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Zdanie sprawy z czynności Towarzystwa lekarskiego za rok 1897.

2) Wnioski i interpelacye członków.

3) Dalszy ciąg dyskusyi nad etyką lekarską.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 22 Stycznia 1898. Nr. 4.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Rzut oka na obecny stan wiedzy o dowolnem wpływaniu na płeć potomstwa u zwierząt,

podał

Profesor L. Adametz.

Z okazyi wielkiego zainteresowania się, jakie wzbudziły u ogółu enuncyacye Prof. Schenka, zwróciłeś się uprzejmie, Panie Redaktorze, do mnie z zapytaniem, jakie stanowisko zajmuje hodowla zwierząt domowych w sprawie oznaczania z góry płci u potomstwa i dowolnego na nią wpływania. Sprawa ta jest wielkiej wagi, dla hodowcy ma ona może nawet jeszcze większą doniosłość, niż dla lekarza, a przytem łatwiej hodowcy prowadzić w tym kierunku doświadczenia, niż lekarzowi. Te okoliczności sprawiły, że hodowla zwierząt posiada bardzo obszerną literaturę, tyczącą się tego przedmiotu. Niestety, nie jestem w możności szczegółowo tu jej rozstrząsać: obarczony pracą i zajęciami zawodowemi, mogę zaledwie okazać Panu dobrą moją wolę, przedstawiając w zarysie zapatrywania dzisiejsze hodowców na sprawę możliwości wywierania dowolnego wpływu na płeć potomstwa.

Wykonane na tysiącach osobników badania nad tak zw. „stosunkiem płci [1]“ u różnych gatunków zwierząt domowych wykazały, że stosunek ten jest dla każdego gatunku dosyć stały i określony. Należy więc zupełnie wyłączyć mniemanie, aby stosunek liczby osobników męzkich do żeńskich mógł zależeć od ślepego przypadku; prawidłowość i stałość tego stosunku raczej nakazuje nam przyjąć, że na wytworzenie się płci muszą wpływać ściśle określone czynniki.

Co się tyczy tego, w jakim czasie czynniki te zaczynają wywierać wpływ, możnaby sobie wyobrazić następujące trzy możliwości:

1) odpowiednie czynniki mogły oddziałać na komórki płciowe jeszcze p r z e d zapłodnieniem;

2) mogły one oddziałać na płeć dopiero p o zapłodnieniu;

3) można sobie wyobrazić, że jakkolwiek już podczas zapłodnienia zaznaczonym został kierunek, w którym się ma płeć rozwinąć, to jednak później może pod tym względem nastąpić zmiana, wskutek oddziaływania szeregu innych czynników.

Wyniki prac, przedsiębranych w celu wykrycia czynników, które oddziaływują na powstawanie płci, oraz badania, przeprowadzone nad nimi, można streścić w następujących punktach [2]):

I) Czynniki, oddziaływujące na wytworzenie się płci aż do chwili zapłodnienia:

a) stopień mocy (potencyi) płciowej, zwłaszcza zwierzęcia męzkiego (n. p. osłabienie wskutek częstego używania zwierzęcia do rozpłodu);

b) stan odżywienia ustroju przed zapłodnieniem;

c) względny wiek parzących się osobników;

d) względna dojrzałość jaja.

II) Czynniki, które zaczynają oddziaływać dopiero po zapłodnieniu:

e) warunki odżywiania się płodu.

Wymienione czynniki, które uznano jako współdziałające przy wytwarzaniu się płci, okazują swe działanie w sposób następujący:

a d a) zwierzęta, często używane do rozpłodu, wytwarzają przeważnie męzkie potomstwo (Fiquet-Texas);

a d b) używanie do rozpłodu źle odżywianych osobników męzkich pociąga za sobą częstsze występowanie płci męzkiej;

a d c) parzenie starszych zwierząt płci męzkiej z osobnikami żeńskimi, znajdującymi się jeszcze w pełni sił, pociąga za sobą znacznie częstsze występowanie u potomstwa płci męzkiej (zrazu spostrzegane u człowieka, później sprawdzone także w stadninach i uznane za uzasadnione; prawo H o f a c k e r - S a d l e r);

a d d) stosunkowo większy stopień dojrzałości jaja w chwili zapłodnienia ma jakoby wpływać na wytworzenie się u płodu płci męzkiej; mniejszy stopień dojrzałości jaja ma powodować wytworzenie się płci żeńskiej (tak zw. teorya T h u r y);

a d e) obfite odżywianie płodu ma wpływać na występowanie u potomstwa płci żeńskiej (P l o s s, W i l c k e n s itd.).

Roztrząsając bezstronnie wyniki prób, wykonanych w różnych miejscowościach, w celu sprawdzenia wpływu czynników, oddziaływujących na tworzenie się płci, stwierdzamy, że pierwsze 3 z pośród przytoczonych czynników mają istotnie duże znaczenie przy tworzeniu się płci u potomstwa, gdy tymczasem czynnikom, przytoczonym s u b d) i e), brak, jak się zdaje, pewności i stałości w sposobie oddziaływania [zwłaszcza kontrola przepisów T h u r y e g o dała prawie wszędzie wyniki ujemne].

Znaczącą tu jest ta okoliczność, że właściwie wszystkie trzy powyżej wspomniane czynniki w istocie swojej sprowa-

[1]) „S t o s u n k i e m p ł c i“ nazywa się liczba zwierząt płci żeńskiej, przypadających na 100 męzkich. U koni np. stosunek płci waha się w różnych krajach od 94 do 97.

[2]) Pomijamy tu oczywiście te prace, które nie wytrzymują krytyki naukowej, w których n. p. sposób dowodzenia nie stał na poziomie naukowym tego czasu, w którym praca była ogłoszoną.

dzają się do jednego i tego samego i stoją w związku z pewnym, ściśle oznaczonym stanem sił ustroju.

Wszystkie te trzy czynniki (osłabienie płciowe, zły stan odżywienia, późny wiek) sprowadzają się w przytoczonych przez nas przykładach (a—c) do pewnego względnego osłabienia intensywności procesów wymiany materyi, osobliwie w narządach płciowych.

Widzimy dalej z wyników dokonanych badań, że właściwie we wszystkiem tem idzie o sprawę zachowania gatunku, a mianowicie o tyle, że jest dążność do wytworzenia się w potomstwie tej płci, która jest słabszą pod względem fizyologicznym, albo raczej biologicznym i która zatem ma większe prawdopodobieństwo zaniknąć.

Nadto, bliższe rozważenie czynników, warunkujących tworzenie się płci, wskazuje, w jaki sposób można w praktyce wywrzeć pewien wpływ na płeć oczekiwanego potomstwa *(willkürliche Hervorbringung des Geschlechts)*. Na pierwsze dwa czynniki człowiek do pewnego stopnia może oddziaływać. Szczególnie czynnik drugi można ująć w formę określonej metody i spożytkować go, n. p. w postaci odpowiednio zmienionego sposobu odżywiania lub sposobu życia, do wywierania wpływu na płeć w dowolnym kierunku.

Ze wszystkich tak zw. „metod“ wytwarzania oznaczonej płci, któremi świat dotychczas był uszczęśliwiany, można uważać tylko jednę, jako wychodzącą z właściwego założenia, sądząc z wyników licznych doświadczeń, przeprowadzonych w różnych miejscowościach. Jest to metoda, do której doszedł Fiquet w Houston (Texas) na podstawie spostrzeżeń, zebranych na bydle w preryach Amerykańskich.

Fiquet uzyskał bez wyjątku wynik dodatni w 30 przypadkach, w których oddziaływał na utworzenie się u potomstwa tej płci, której sobie życzył. Wynik ten osiągnął on za pomocą uregulowanego w odpowiedni sposób żywienia obojga rodziców (bydła), niekiedy także przy odpowiednim, bezpośrednim oddziaływaniu na sferę płciową zwierząt.

Postępował on przytem w sposób następujący: jeżeli n. p. wynikiem parzenia miał być byczek, to do obficie żywionej, silnej krowy dopuszczał on buhaja, trzymanego przez dłuższy czas na skąpej karmie, lub też zużytego już płciowo; w niektórych przypadkach, zapewne ażeby podnieść siłę płciową krowy, czekano, aż pierwsze grzanie się spokojnie przejdzie, poczem dopiero, podczas następnego latowania, dopuszczano buhaja.

W ciągu ostatnich lat kilkunastu powyższe dane Fiqueta poddano z różnych stron kontroli, ale niestety, po większej części tylko na małą skalę. W większości jednak przypadków dane te potwierdzono.

Bezwzględnej pewności naturalnie i ta metoda nie daje, z tej prostej przyczyny, że uwzględnia ona tylko część czynników, które wchodzą w grę przy wytwarzaniu się płci, a bynajmniej nie wszystkie.

Czy Prof. Schenk w pracach swoich nad tym przedmiotem istotnie nową drogą poszedł, czy i o ile na prawdę nową jest „metoda“ jego, otoczona przez dziennikarstwo aureolą nowości i tajemniczości, albo też, czy nie jest ona tylko po prostu rozwinięciem metody Fiqueta i n. p. polega na zastósowaniu ściśle oznaczonej dyety, — o tem niedługo zapewne bliżej pouczą nas tak szumnie przez Prof. Schenka zapowiedziane publikacye.

II. Kilka słów o marskości przedsionka sromowego

(*Kraurosis vulvae*)

podał

Prof. Dr. A. Mars.

Marskość przedsionka sromowego jest cierpieniem, o którem do obecnej chwili nie wiele jeszcze powiedzieć można. Znane ono jest dopiero od bardzo niedawna, gdyż dopiero w roku 1885 pierwszy zwrócił na nie uwagę Breisky[1]), który spostrzegał 12 przypadków. Prócz niego opisali tę chorobę: Fleischmann[2]) 8 przypadków, Janowski[3]) 6, A. Martin (Orthmann)[4]) 5, Hallowell[5]) 2, Hatchette[6]) 3, Bartels[7]) 1, Reed[8]) 6, Rona[9]) 1, Martin[10]) 3, Peters[11]) 1, Gördes[12]) 1, Czempin[13]) 2, Neumann[14]) 1, Frederick[15]) 1, Veit[16]) 1., Pfannenstiel[17]).

Nadto niektórzy autorowie wspominają o przypadkach, które tu zaliczać trudno, jak n. p. Johnstone[18]) opisuje 6 przypadków, nieokazujących cech właściwych marskości przedsionka; a i między tymi, któreśmy powyżej wyliczyli, niektóre są zaledwo wzmiankowane (Veit), albo niepewne (Frederick). Ponieważ nie cała literatura była mi dostępną, mogę się mylić; ale w każdym razie nie o wiele, jeżeli przyjmę, że razem było ogłoszonych mniej więcej około 55 przypadków.

Opisy, spotykane w literaturze, dotyczą spostrzeżeń klinicznych i to głównie obrazu chorobowego. Żaden ze znanych przypadków nie był na stole sekcyjnym, a spostrzeżenia anatomiczno-patologiczne odnoszą się do badań drobnowidowych, dokonanych w kilkunastu zaledwo przypadkach, na kawałkach, które wycięto za życia, już to w celu badania, już też w celu operacyjnym. Z tego wynika, że mimo dość pokaźnej liczby ogłoszonych przypadków, spostrzeżenia, do tej pory poczynione, mogą być tylko jednostronne, a tem samem i niedostateczne. Jeżeli wreszcie uwzględnimy, że zdania autorów nie są zupełnie zgodne, i że różnica zapatrywań musi sprowadzać w poglądach zamięszanie, przyznać musimy, że rzecz jeszcze jest bardzo mało zbadana i znana. To, co nam dotychczas jest wiadome, można zestawić w niewielu zdaniach.

Obraz chorobowy, klinicznie spostrzegany, autorowie przedstawiają zgodnie, a i opisy zmian drobnowidowych nie wiele odbiegają od pierwotnego opisu Breiskyego i to rzecz naturalna, bo w obec cierpienia niedostatecznie zbadanego, tylko te przypadki mogą być brane w rachubę, które w objawach klinicznych całkowicie się zgadzają.

Chore skarżą się na uczucie palenia i pieczenia w kroku, na parcie ku dołowi, niektóre na świąd, inne na uczucie prężenia i napięcia; to ostatnie uczucie zdaje się być najogólniejszem, cierpieniu temu właściwem i najwięcej dokuczliwem (Martin); dalej na utrudnione chodzenie, na zwężenie wnijścia pochwowego i utrudnione spółkowanie, na przypady ze strony pęcherza moczowego, wreszcie na znaczną boleśność części schorzałych, która w niektórych przypadkach, przy ruchach, oddawaniu moczu i stolca, jak niemniej przy spółkowaniu, znacznie się potęguje.

Badanie przedmiotowe wykazuje: wejrzenie przedsionka zmienione; sucha skóra przedstawia białawe smugi, albo też plamy, które ku ujściu pochwowemu się zlewają, nabierając wejrzenia perłowej masy. Cały przedsionek skur-

czony, w miejscu łechtaczki jej ślad, albo tylko rowek, tak się wydaje, jakby była zarośniętą; wargi mniejsze, ledwo jeszcze zaznaczone, albo ich brak zupełny. Wnijście pochwowe nie podatne, przepuszcza ledwie palec. Dotykanie i wprowadzanie palca bolesne, a przy silniejszem rozchylaniu warg sromowych, powstają pęknięcia skóry nieznacznie broczące.

Zależnie od tego, czy spostrzegamy cierpienie w początku jego rozwoju, czy też w okresach późniejszych, gdy zmiany są już daleko posunięte, występują one mniej lub więcej wybitnie.

Jako wzór wcześniejszego okresu możemy przyjąć przypadek opisany przez Petera z kliniki A. Martina; przeważna część reszty opisów odnosi się do przypadków ze zmianami późniejszemi, dalej posuniętemi.

Prawie zawsze zmiany dotyczyły tylko samego przedsionka sromowego, kończyły się ścisłem odgraniczeniem w jedną stronę na granicy porostu na większych wargach sromowych, a w drugą na samem wnijściu pochwowem. — Fleischmann widział w jednym przypadku odnośne zmiany tylko po jednej stronie przedsionka. W przypadku opisanym przez Gördesa, z kliniki Martina, zmiana chorobowa przekraczała zwykłą granicę i rozciągała się na okolicę rzyci, podobnie w przypadku Pfannenstiela.

Ze względu na wiek osób, które temu cierpieniu podpadały, zauważono, że wydarza się ono poczawszy od 20 roku życia w różnych latach; spotykano je tak dobrze u panien (Veit), jako też u mężatek; podczas ciąży (Breisky, Fleischmann, Elischer[19]), jako też i po za ciążą, a wreszcie i w wieku podeszłym (Hatchette Langyear)[20]).

Z cierpień towarzyszących, prócz upławów, znachodzono w kilku przypadkach zakażenie rzeżączkowe, w kilku kiłowe, w jednym polip macicy (Peter), w jednym wyprysk pod pachami (Bartels), kilkakrotnie spostrzegano powikłanie z rakiem, a mianowicie w jednym przypadku znalazł Martin wśród chorobliwego utkania dwa guzki rakowate, również Czempin znalazł w wyciętych częściach guzek rakowaty. Wreszcie Janowski widział na początku cierpienia *Oedema scleroticum*.

Skutkiem zwężenia powstałego we wchodzie do pochwy widziano pęknięcia podczas porodu, a także obserwowano naddarcia wnijścia pochwowego podczas spółkowania.

O pochodzeniu tego cierpienia nie wiemy właściwie nic pewnego; istnieją tylko domysły. Janowski przypuszcza, że długotrwałe upławy i wrzody kiłowe, mają tu znaczenie; Orthmann przypuszcza wpływ zakażenia rzeżączkowego; Reed zwraca uwagę na cechę zapalną cierpienia; Martin przypuszcza wstępny okres zapalny; twierdzi on, że związek z kiłą jest możebny; lecz właściwie przyczyny nieznamy; Sänger[21]) mówi o związku tego cierpienia z chorobliwym świądem sromu, Johnstone identyfikuje z jaglicą spojówek powiekowych; Langyear przypuszcza przyczynę w ośrodkach nerwowych, podobnie Lewin[22]) i Rona. Neumann wskazuje na drażnienie zewnętrzne jako przyczynę. Przypuszczenie to opiera na ugrupowaniu zmian, jakie spostrzega pod drobnowidem. Veit w III tomie swej ginekologii stara się bardzo zręcznie połączyć w związek przyczynowy świąd sromu z marskością przedsionka. Twierdzi on bowiem, że najprawdopodobniej drapanie, a względnie tarcie, w przypadkach chorobliwego świądu, daje pobudkę do sprawy zapalnej w przedsionku, która w następstwie prowadzi do zmian obserwowanych w przypadkach marskości przedsionka. W ten sposób może nieco sofistycznie dochodzi do konkretnego określenia, że *kraurosis vulvae* jest zwężeniem i skurczeniem przedsionka, które się wytwarza z zapalnej sprawy w skórze, wywołanej drapaniem pod wpływem silnego chorobliwego świądu.

Z tego wszystkiego wynika, że o przyczynie powstawania marskości przedsionka nic pewnego powiedzieć nie można.

Przebieg choroby niewątpliwie przewlekły i na lata rozciągać się może. Frederick sądzi, że w jego przypadku cierpienie trwało od lat 19-tu; twierdzeniu temu niewiele jednak ufać można, gdyż i sam opisany przypadek nie jest pewny. Niektórzy autorowie obserwowali rozwój zmian chorobowych przez dłuższy przeciąg czasu (Hatchette). Martin twierdzi, że cierpienie może się na pewien czas zastanowić. Po wycięciu kawałków do badania drobnowidowego, widział Peter w ciągu trzech miesięcy szybki postęp zmian chorobowych. Najwięcej pouczającym w tej mierze jest przypadek Czempina, który obserwował chorą przez lat ośm, a w ciągu tego czasu zmiany powoli się wytwarzały. Zejście cierpienia nieznane, albowiem spostrzegane przypadki albo się usunęły z pod obserwacyi lekarskiej, albo też zostały operowane.

Pierwsze badanie drobnowidowe na wyciętym kawałku przeprowadził w jednym przypadku Breyskyego jego asystent Fischel[23]). Dokładniejsze wyniki zawdzięczamy właściwie badaniom dokonanym na klinice Martina, przez niego samego, oraz Orthmanna, Gördesa i Petera. Mniej-więcej zgodne wyniki podają też i inni autorowie; — tylko Neumann ogłosił w ostatnich czasach wyniki badania drobnowidowego, które przedstawiają obraz nieco odmienny. Fischel znalazł: „pod drobnowidem zmiany podobne do zbliznowacenia brodawek, których tkanka łączna okazywała stwardnienie, była prawie bezpostaciową i tylko nie wiele równoległych pasem zawierającą, chociaż jak wiadomo, posiada uwłóknienie falowate. Brodawki nierównej wielkości, przeważnie niskie. Siatkowata warstwa przyskórkowa w niektórych miejscach była bardzo cienka. — Gruczołów łojowych na skrawkach nie widział, z potnych znalazł na jednym preparacie tylko ślady“.

Orthmann w jednym ze swoich przypadków stwierdził, „że utkanie znachodziło się częścią w stanie zaniku, częścią zaś przerostu. W pierwszym razie pod bardzo cienką warstwą rogową (*stratum corneum*) leżała sieć Malpighiusza, albo bardzo ścieńczała albo tylko w małych resztkach miejscami utrzymana, a nawet na większych przestrzeniach całkiem zanikła. W miejscach, gdzie miazdra *(corium)* dosięgała bezpośrednio do warstwy rogowej, nie można było brodawek rozeznać. Utkanie skóry właściwej straciło zupełnie swoje falowate ułożenie, stało się zbite i mocno stwardniałe. W tem zbitem do bliznowatego podobnem utkaniu tu i ówdzie w smugowatem ułożeniu widać naciek drobnokomórkowy, który w głębszych warstwach jest wyraźniejszy“.

„Natomiast w pasie przybrzeżnym, przedstawiającym przejście do zdrowej skóry, utkanie znajduje się w stanie przerostu. Warstwa rogowa *(stratum corneum)* naskórka znacznie rozszerzona, komórki ułożone są łuskowato w kilku warstwach na rozszerzonej sieci Malpighiusza. Brodawki pod

temi miejscami bardzo znacznie w szerz rozciągnięte, mniej lub więcej naciekłe drobnokomórkowo, podobnie jak i cała miazdra“ *(corium)*. Na skrawkach znów z innego przypadku O. stwierdził: „tkankę tłuszczową i podskórną również drobno-komórkowo nacieklą. Naciek ten wypełnia w smugowatem ułożeniu szczeliny między tkanką łączną, najczęściej w kierunku pionowym do powierzchni. Pomiędzy tem napotyka się i okrągławe skupienia drobno-komórkowego nacieku, który się tu i owdzie aż do brodawek rozciąga“.

„Wśród utkania można widzieć kilka wązkich przekrojów naczyń, otoczonych naciekiem drobno-komórkowym i przerosłą tkanką łączną, które wyglądają jakby uciśnięte. Zmian w nerwach O. nie widział. Badanie bakteryologiczne dało wynik ujemny“.

Martin daje następujący opis: „Warstwa rogowa jest na różnej przestrzeni częścią szeroką, częścią wązką; sieć Malpighiusza prawie w całości zcieńczała tak, że często miazdra *(corium)* sięga aż pod warstwę rogową. Brodawki okazują nader rozmaite postacie; na miejscach bardzo zmienionych były one, równie jak i głębiej położona tkanka łączna skóry, nacieklе dużemi komórkami okrągłemi, które ułożone były częścią w okrągławych ogniskach, częścią więcej smugowato, między wiązkami tkanki łącznej. Na miejscu drobnokomórkowego nacieku występuje w dalszym przebiegu wybitne stwardnienie skóry właściwej; jest ona matowo-lśniąca, nadzwyczaj uboga w komórki i naczynia. W tkance tłuszczowej podskórnej prawie żadnych gruczołów rozeznać nie można, natomiast jest ona także przepojona mniej lub więcej rozległym naciekiem drobnokomórkowym“.

Peter znalazł w przypadku, w którym zmiany chorobowe nie były jeszcze zbyt rozwinięte: „warstwę rogową miernie rozszerzoną, obficie nacieklą, leukocytami i charakterystycznemi szklistemi łuskami. Sieć Malpighiusza miejscami nieco spłaszczona; to jednak zdaje się polegać nie tyle na zaniku komórek, ile na bocznem zniszczeniu, skutkiem ucisku do stosunkowo silnej warstwy rogowej. Warstwa ziarnista *(str. granulosum)* zredukowana odpowiednio znaczniejszemu zrogowaceniu do jedno lub dwu-warstwowego, często poprzerywanego pokładu“.

„Komórki kolczaste i walcowate są mocno napęczniałe, w górnych warstwach miejscami i w połączeniu między sobą — rozluźnione. Między komórkami istnieje nader obfity naciek leukocytów. Naskórek miazdry *(corium)* na znacznych przestrzeniach podniesiony wypociną, która zawiera ciałka białe, złogi włóknikowe, łuski barwikowe i masy bezpostaciowe“.

„Warstwy powierzchowne skóry właściwej są mocno napęczniałe, brodawki pod uciskiem obrzęku częściowo zanikłe; przesiąkłe utkanie jest nacieczone białemi ciałkami i złogami włóknikowymi; wiązki tkanki łącznej utraciły swą budowę. W głębszych warstwach skóry uderza gęsty naciek drobnokomórkowy-zapalny, który się jednak tylko do warstwy skóry ogranicza tak, że tkanka podskórna wydaje się prawidłową, a mianowicie, ani koło naczyń, ani koło gruczołów potnych, nie znachodziły się objawy zapalenia“.

„Torebki włosowe, naczynia, gruczoły łojowe i potne są dobrze utrzymane i nieokazują żadnych zboczeń od prawidłowych“.

„W obrzękłej warstwie brodawkowej nie znachodził zakończeń nerwowych; natomiast w głębszych warstwach obficie stwierdził przekroje zupełnie prawidłowych pni nerwowych, które nie okazywały ani świeżych zmian zapalnych, ani też zwyrodnienia włóknistego. Zanik spostrzegał tylko w tkance sprężystej. Siatka włókien sprężystych była w prawidłowej ilości do wysokości nacieku drobnokomórkowego w skórze właściwej; ale w tkance łącznej, powyżej położonej i napęczniałej, zupełnie zniszczała“.

„Pomijając zmianę dotyczącą tkanki sprężystej, w preparatach, które pochodzą ze stosunkowo wczesnego okresu chorobowego, wcale znamiona zaniku nie znachodziły się. Najwybitniej występowały zmiany na preparatach zrobionych sposobem Bendy. Obrzęk górnych warstw skóry właściwej występował w nich szczególniej wyraźnie, pod nim jednak widać, w miejsce nacieku zapalnego, właściwą siatkę wrzecionowatych albo gwiazdkowatych komórek, które swemi pierwoszczynowemi wypustkami na wszystkie strony ze sobą się łączą, a miejscami są ułożone we włókna. Mamy tu młodą nowowytworzoną tkankę łączną, będącą w bliznowatem kurczeniu się. Szczególniejszem jest to, że w naszych preparatach ta ziarninowa tkanka ogranicza się do średniej trzeciej części skóry właściwej i tworzy tutaj jednostajną ciągłą warstwę“.

„Równocześnie z publikacyą Petera przedstawił Neumann w Towarzystwie lekarzy wiedeńskich przypadek, okazujący cechujące zmiany makroskopowe, odpowiadające marskości przedsionka sromowego, w którym znalazł na skrawkach mikrotomowych, następujące zmiany: „warstwa rogowa naskórka, tworzy wstążkowate pasma o falowatym przebiegu; jądra komórek, nawet w głębszych warstwach, ledwo zaznaczone. Warstwa Ohla nigdzie niewidoczna, pod czas gdy warstwa ziarninowa w większej części utrzymana, warstwa oścista *(stratum spinosum)* występuje bardzo wyraźnie i, jak przy wszystkich naskórkowych sprawach przerostowych, wydaje się szczególniej wyraźnie rozwinięta. Tkanka skóry właściwej mocno śpilśniona, w niej widzi się obfite bujanie jąder rozmaitej postaci, zaokrąglone i wrzecionowate. Warstwa brodawkowa utrzymana, brodawki w niektórych miejscach wydłużone z bujającem utkaniem, bez wyraźnie spostrzegalnych pętli naczyniowych. Naczynia są objęte miejscami bujającą tkanką łączną; na przekrojach spostrzega się bujanie śródbłonka“.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

W sprawie pielęgnowania noworodków

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński

asystent szkoły położnych w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Dla dalszego porównania wziąłem znów gromadę noworodków w liczbie 50, u których, po krótkiem ucięciu pępowiny, opatrywano resztę pępowiny zupełnie tak samo jak w owych 200 przypadkach, z tą jednak różnicą, że noworodki raz jeden dziennie kąpano i po kąpieli zupełnie świeży opatrunek zakładano. Wynik był następujący: resztka pępowiny oddzielała się najpóźniej w 8-mym dniu i to w dwu

przypadkach, to jest w 4%, najwcześniej zaś w 3-cim dniu w 7-miu przypadkach, to jest w 14%; przeciętnie oddzielenie się resztki pępowiny następowało w 4·5 dniu. Nieprawidłowe oddzielanie się pępowiny i gojenie się rany pępkowej spostrzegano w 9-ciu przypadkach, to jest w 18% przypadków.

Jeżeli teraz porównamy ze sobą cztery gromady noworodków, w których resztka pępowiny była opatrywaną już to ściśle aseptycznie, lub też antyseptycznie, stosując oczyszczanie 1‰ roztworem sublimatu i posypując dermatolem, tak po krótkiem jako też po długiem obcięciu pępowiny, przy równoczesnem stosowaniu kąpieli lub nie, to jak z załączonego zestawienia widzimy, najlepszy wynik otrzymaliśmy bezwarunkowo w gromadzie III, gdyż nieprawidłowe

Gromada	Sposób postępowania	Ilość przypadków	Czas przeciętny oddzielania się pępowiny	Nieprawidłowe oddzielenie i gojenie się wystąpiło: Liczba przypadków	%
I	Opatrunek aseptyczny, resztka pępowiny długa, kąpieli nie stósowano	50	5.8 dniu	11	22%
II	Opatrunek aseptyczny, resztka pępowiny długa, jednorazowa codziennie kąpiel . . .	50	5.5 dniu	17	34%
III	Opatrunek antyseptyczny, obmywanie 1‰ sublimatem i posypywanie dermatolem, pępowina krótko obcięta, kąpieli nie stósowano	200	4.65 dniu	13	6.5%
IV	Opatrunek antyseptyczny, obmywanie 1‰ sublimatem i posypywanie dermatolem, pępowina krótko obcięta, jednorazowa codziennie kąpiel	50	4.5 dniu	9	18%

oddzielenie się resztki pępowiny nastąpiło tylko w 6·5% przypadków, najgorszy zaś wynik okazuje gromada II, przy postępowaniu dziś prawie ogólnie przyjętem. Co do czasu oddzielenia się resztki pępowiny, to w przypadkach pozostawienia dłuższej resztki pępowiny oddzielanie następowało później; w przypadkach zaś krótkiego obcięcia pępowiny oddzielenie następowało znacznie wcześniej, gdyż różnica wynosi mniej więcej jeden dzień. Natomiast, czy resztka pępowiny była krótka, czy też dłuższa, zawsze czas przeciętny, potrzebny do oddzielenia się resztki pępowiny, był nieco krótszym w przypadkach, w których stósowano kąpiele, aniżeli w tych, w których kąpieli nie stósowano.

Wynik ten jest zupełnie zgodnym ze spostrzeżeniem, jakie zrobił Mikucki[1]; a jednak na pozór wydaje się być dziwnym. A więc codzienne moczenie podsychającej pępowiny nie wpływa na pozór niekorzystnie na oddzielanie się resztki pępowiny, skoro je przyśpiesza.

[1]) Mikucki. Przegląd lekarski, Nr. 36 i 37 — 1897.

Jeżeli teraz zastanowimy się, jakiemu działaniu podlega resztka pępowiny podczas kąpieli, to przekonamy się, że działanie jest dwojakie: po pierwsze działa tu wilgoć, a po drugie resztka pępowiny w czasie kąpieli porusza się ciągle w okolicy pierścienia skórnego wraz z wodą i w ten sposób niejako mechanicznie ulega częściowemu oddzieleniu. Że tak jest, dowodzi codzienne doświadczenie; wiemy przecież, że w największej liczbie przypadków oddzielenie się resztki pępowiny następuje wśród kąpieli.

Co do działania wilgoci na resztkę pępowiny, to jeżeli woda, użyta do kąpieli, jest przegotowaną, naczynie zupełnie czyste, a osoba kąpiąca ma również czyste ręce, to z pewnem prawdopodobieństwem możemy przypuścić, że szkodliwie na sprawę oddzielenia się pępowiny nie zadziała. Inaczej musimy się zapatrywać na wykonywanie ruchów przez podsychającą pępowinę.

Dokąd pępowina leży w spokoju, owodnia, pokrywająca pępowinę, zasycha i tworzy niejako ochronę przed wtargnięciem drobnoustrojów. Jeżeli wykonamy kilka ruchów taką podsychającą pępowiną, to owodnia zeschnięta pęka i to przedewszystkiem w okolicy pierścienia skórnego, skutkiem czego stwarzamy niejako sami warunki pomyślne dla wtargnięcia drobnoustrojów. Gdy zaś resztkę pępowiny pozostawimy w największym spokoju, to po pewnym czasie również przyjdzie do oddzielenia się owodni od pierścienia skórnego, a to na mocy odczynu, jaki w tem miejscu powstaje; ale dzieje się to wtedy, kiedy dalsze, głębiej położone części w tejże okolicy, będą już dostatecznie na to przygotowane, gdy już sama przyroda stworzyła sobie niejako drugi wał ochronny, który ma zakażeniu zapobiegnąć i gdy już przyszło do wytworzenia się tkanki granulacyjnej. Z tego powodu uważałbym zaniechanie kąpieli noworodków, nawet z wody przegotowanej, aż do zupełnego zabliźnienia się pępka nie tylko za usprawiedliwione, ale nawet za wskazane. Z tego samego powodu należałoby dążyć do wprowadzenia w użycie krótkiego obcięcia pępowiny; łatwiej bowiem uchronić przed wykonaniem ruchów resztkę pępowiny na 1½ ctm. długą, aniżeli 6—7 ctm. To, że resztka pępowiny, w razie nie stósowania kąpieli, nieco później się oddziela, nie ma mojem zdaniem, żadnego znaczenia, gdyż po pierwsze różnica jest bardzo mała, bo przy równym sposobie opatrywania resztki pępowiny, wynosi według moich spostrzeżeń kilka dziesiątych części dnia, a więc co najwięcej kilka godzin, a po drugie, dla noworodka jest to rzeczą obojętną, czy zupełne oddzielenie się resztki pępowiny nastąpi kilka godzin później czy wcześniej, jeżeli tylko oddzielenie odbywa się prawidłowo. Jest tylko jedna trudność z wprowadzeniem w użycie krótkiego obcięcia pępowiny, to jest nieporadność i nizki stopień oświaty ogółu akuszerek. Teraz, gdy resztka pępowiny wynosi około 5—6 ctm., łatwo jest podwiązkę źle założoną przyciągnąć, lub nawet drugą założyć; gdy tymczasem na kikucie pępowiny 1½ ctm. długim nie uda się łatwo założenie drugiej podwiązki. Chcąc obciąć krótko pępowinę należy założyć podwiązkę dokładnie, aby nie potrzeba było robić następnie żadnych poprawek; przedtem zaś należy się przekonać, czy nie ma przepukliny pępkowej, a w tym względzie na ogół akuszerek bezwarunkowo zdać się nie można.

Natomiast zaniechanie ogólnie przyjętego zwyczaju stósowania kąpieli u noworodków, aż do zupełnego zabliźnienia

się pępka, nie może napotkać na żadne poważne trudności; natomiast, jak z wyżej podanego zestawienia jasno wynika, takie zaniechanie kąpieli obniża bardzo odsetek przypadków nieprawidłowego usychania i oddzielania się pępowiny i gojenia się rany pępkowej. Jeżeli już ten sam fakt powinien wpłynąć na zaniechanie odwiecznego zwyczaju kąpania noworodków, to wyniki otrzymane z porównania zachowania się ciężaru noworodków kąpanych i niekąpanych, powinny nas bezwarunkowo w tym względzie dostatecznie utwierdzić. Wyniki te w krótkości zestawiam poniżej:

	Noworodki niedonoszone, urodzone z wielorodek				Noworodki niedonoszone, urodzone z pierwiastek			
	kąpane		niekąpane		kąpane		niekąpane	
	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%
Dnia 3-go ciężar równy pierwotnemu lub nieco wyższy .	2	11·7%	7	41·1%	1	7·1%	3	21·4%
Dnia 3-go ciężar mniejszy od pierwotnego	15	88·2%	10	58·8%	13	92·8%	11	78·5%
Dnia 9-go ciężar większy od pierwotnego . . . . , . .	9	52·9%	12	70·5%	5	35·7%	6	42·8%
Dnia 9-go ciężar równy pierwotnemu	5	29·4%	3	17·6%	6	42·8%	4	28·5%
Dnia 9-go ciężar mniejszy od pierwotnego	3	17·6%	2	11·7%	3	21·4%	4	28·5%
Ogólna liczba przypadków . .	17		17		14		14	

	Noworodki donoszone, urodzone z wielorodek				Noworodki donoszone, urodzone z pierwiastek			
	kąpane		niekąpane		kąpane		niekąpane	
	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%	Liczba przypadków	%
Dnia 3-go ciężar równy pierwotnemu lub nieco wyższy .	22	44%	56	57·2%	8	22·2%	39	54·9%
Dnia 3-go ciężar mniejszy od pierwotnego	28	56%	42	42·8%	28	77·7%	32	45%
Dnia 9-go ciężar większy od pierwotnego	31	62%	80	81·6%	20	55·5%	57	80·2%
Dnia 9-go ciężar równy pierwotnemu	12	24%	7	7·1%	11	30·5%	6	8·4%
Dnia 9-go ciężar mniejszy od pierwotnego	7	14%	11	11·2%	5	13·8%	8	11·2%
Ogólna liczba przypadków . .	50		98		36	-	71	

Jak z powyższego zestawienia przekonać się możemy, noworodki, u których nie stosowano kąpieli, prędzej przybierały na ciężarze, aniżeli kąpane codziennie. Wytłómaczyć to można pobudzającem działaniem kąpieli na przemianę materyi w ustroju, obok stosunkowo niedostatecznej ilości pokarmu w pierwszych dniach życia. Jeżeli kąpiel noworodka trwa krótko, trzy do pięciu minut, tak jak to miało miejsce w naszych przypadkach, natenczas działanie to oczy-

wiście nie jest tak wybitnem; jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę, że w praktyce prywatnej dzieje się inaczej, że tam kąpiel trwa bardzo często do dziesięciu minut i to zwykle dwa razy dziennie, a nie jak w naszych przypadkach raz na dzień, to musimy przyjąć, iż różnice w zachowaniu się ciężaru ciała noworodków kąpanych i niekąpanych muszą być w takich warunkach większe. Że po kąpieli noworodek czuje potrzebę dłuższego spoczynku, tak jak gdyby czynność ta go zmęczyła, dowodem tego jest spostrzeżenie, że nawet niespokojnie się zachowujące noworodki, zwykły przesypiać się po kąpieli kilka godzin bez przerwy, ku wielkiej radości otoczenia, a zwłaszcza osób, zajmujących się pielęgnowaniem noworodka; to też zaniechanie kąpieli noworodków napotka prawdopodobnie na pewien opór, dostatecznie zresztą zrozumiały. Tu zaznaczyć muszę, że w żadnym z liczby 200 przypadków, w których kąpieli nie stosowano, nie zauważyłem żadnego działania niekorzystnego tak na stan ogólny, jako też miejscowo: noworodki niekąpane zachowywały się zupełnie tak samo, jak te, u których kąpiele stosowano; zdawaćby się mogło nawet, że były więcej ożywione, a to z powodu, iż nie zasypiały tak długo, jak tamte, po każdej kąpieli.

W celu utrzymania dostatecznej czystości u noworodków, u których kąpieli nie stosowano, obmywano i oczyszczano starannie wacikami, zamaczanymi w wodzie letniej, okolicę części płciowych i otworu stolcowego, pośladki i uda i to kilka razy dziennie, to jest po każdorazowem oddaniu stolca.

Jeżeli teraz zesumujemy nasze zapatrywania w krótkich słowach, w celu zużytkowania ich w praktyce, to dadzą się one streścić w następujących wnioskach:

1) Od chwili urodzenia należy dostarczać noworodkowi odpowiedniego pokarmu w dostatecznej ilości. W tym celu u osób ciężarnych, u których zaraz po porodzie nie można się spodziewać dostatecznej ilości pokarmu, należy już przy końcu ciąży stosować odpowiednią dyetę, a nawet zabiegi miejscowe.

2) Karmienie noworodka powinno się rozpocząć już w kilka godzin po urodzeniu i odbywać się w regularnych odstępach czasu, to jest mniej więcej co 2 godziny w dzień, a co 3 godziny w nocy.

3) Nie należy pozostawiać długo noworodka przy piersi, lecz po zaspokojeniu pierwszego głodu, przerwać karmienie.

4) Jeżeli będziemy postępować według wskazówek, podanych w dwu ostatnich punktach, to wymywanie jamy ustnej u noworodków silnych, zdrowych, donoszonych jest zupełnie zbyteczne.

5) Opatrywanie resztki pępowiny i rany pępkowej powinno się odbywać ściśle według zasad postępowania bez — lub przeciwgnilnego. Ze względu na łatwość zanieczyszczenia u noworodków, okolicy pępkowej i resztki pępowiny, a dalej z powodu łatwiejszego stosowania, korzystniej jest opatrywać przeciwgnilnie. W tym celu najlepiej stosować leki w postaci zasypki, a na podstawie własnego doświadczenia mogę w tym celu śmiało polecić dermatol, mniej już kseroform i amyloform.

6) Stosowanie kąpieli u noworodków powinno być zaniechane aż do zupełnego zabliźnienia się pępka, a to, po pierwsze, w celu stworzenia jak najkorzystniejszych warunków dla prawidłowego usychania i oddzielania się resztki pępowiny i gojenia się rany pępkowej, a powtóre, w celu uniknięcia powiększenia i tak już bardzo żywej przemiany materyi w młodym organizmie.

7) Zamiast stosowania kąpieli, które bądź co bądź mają jak obecnie wielkie znaczenie, zwłaszcza wśród mniej zamożnej warstwy społeczeństwa, jako jedyna sposobność do oczyszczenia powierzchni ciała noworodka, należy kilka razy dziennie, w miarę potrzeby, stosować zmywanie i oczyszczanie letnią wodą pośladków, okolicy narządu płciowego i kończyn dolnych.

Sprawę podwiązywania pępowiny nie można narazie uważać za załatwioną.

Stosowania podwiązek kauczukowych i krótkiego obcinania pępowiny nie można narazie polecać akuszerkom i tylko pod nadzorem lekarza to postępowanie może być bezpiecznie wykonywane. Tymczasem musi pozostać dalej w powszechnem użyciu dłuższe obcięcie pępowiny i tasiemka niciana do jej podwiązywania.

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Otrzymujemy następujący list:

Kilka uwag odnośnie do artykułu kol. Landaua p. t. „Przyczynek do etyologii porażeń mozgowych u dzieci".

W 47 Nrze Przeglądu lekarskiego opisuje kol. Landau przypadek porażenia mózgowego u czteroletniej dziewczynki, kładąc główny nacisk na etyologię, a mianowicie drogą wykluczenia przychodzi do przekonania, że w jego przypadku cierpienie było albo wrodzone, albo nabyte skutkiem szczepienia ochronnego krowianką, ze względu, że rany szczepienne zabliźniły się dopiero po trzymiesięcznem ropieniu.

Bliższe zastanowienie się jednak nad tym przypadkiem, który jest zresztą typowym obrazem połowiczego porażenia mózgowego u dziecka, każe szukać etyologii gdzie indziej, a zapatrywanie kol. L. musi pozostać tylko nieuchwytną hipotezą.

Według wywiadów dziecko to urodziło się przy porodzie bliźniaczym, drugie dziecko wśród drgawek zmarło w pierwszym tygodniu życia, a ono samo również w pierwszych dniach miało drgawki, które się powtarzały do 4go roku. Przemawia to stanowczo za tem, że cierpienie mózgowe w tym wypadku datuje się od pierwszych dni życia; że zmiany degeneracyjne zauważono dopiero z końcem pierwszego roku, pochodzi stąd, że do wytworzenia ich potrzeba dłuższego czasu, a nadto dziecko było niedokładnie przez rodziców obserwowane, bo n. p. porażenia nóżki nigdy nie zauważyli.

Wiadomo na podstawie tu odnoszących się prac Strümpla, Gaudarda, Oppenheima, Westphala i Wallenberga, że porażenie mózgowe u dzieci (Polioencephalitis, Strümpell) może być wrodzone, lub nabyte. Wrodzone jest postacią rzadką, a przyczyną jego bywa najczęściej kiła, dalej urazy i szkodliwe wpływy psychiczne wśród ciąży. W tym przypadku kiłę można wykluczyć, bo musiałyby być i inne objawy kiły dziedzicznej, a poprawa lekka którą kol. L. zauważył po nacieraniach szaruchy nie była znaczną, a zresztą wystąpiła ona już poprzód pod wpływem leczenia prądem przerywanym, miesieniem i kąpielami borowinowemi.

O urazach fizycznych i wstrząśnieniach psychicznych wśród ciąży nie znajdujemy również wzmianki w wywiadach, czyli możemy drogą wykluczenia przyjąć, że żadna z przyczyn, wywołujących porażenie mózgowe wrodzone u dzieci, w tym przypadku nie zadziałała, a więc nie było ono wrodzone.

Przechodząc do postaci porażeń mózgowych nabytych, to najczęstszą przyczyną tego cierpienia, zwłaszcza, jeżeli,

jak w tym przypadku pierwsze objawy wkrótce po porodzie zauważono, są urazy wśród porodu, osobliwie dłużej się przeciągającego (n. p. przy ścieśnieniu miednicy, położeniu miednicowem), operacye położnicze (porody kleszczowe) i zamartwica noworodka, nadto najróżnorodniejsze choroby zakaźne u dzieci.

W przypadku kol. L. był to poród bliźniaczy, który zwykle przeciąga się dłużej, w którym płód narażony jest na urazy, a odsetek śmiertelności noworodków znacznie większy, niż przy porodzie zwykłym, naprzód z powodu dłuższego trwania porodu, a powtóre z powodu słabszego ich fizycznego rozwoju.

Przyczyny więc cierpienia mózgowego w tym wypadku należy szukać wśród porodu; zaczem przemawia jeszcze i ta okoliczność, że i drugie dziecko zmarło wśród drgawek, a nie można ich uważać za wrodzone ani za następstwa szczepienia ochronnego krowianką.

Również nie można podzielać zdania kol. L., że przypadek ten zasługuje na uwagę z powodu wczesnego wystąpienia choroby, gdyż najczęściej wydarza się ona u dzieci między 1 a 4 rokiem życia (S. E. Heuschen).

Dr. Maurycy Ameisen.

Na list Dr. Ameisena otrzymaliśmy następującą odpowiedź:

Na powyższe wywody uważam sobie za obowiązek udzielić następujących wyjaśnień: Co się tyczy rozpoznania, nie ulegało dla mnie najmniejszej wątpliwości, że przezemnie opisany przypadek przedstawia typowy obraz porażenia mózgowego u dziecka, jak to już w pracy mojej zaznaczyłem. Najważniejszym punktem, co do którego ma zachodzić różnica w zapatrywaniach między autorem uwag krytycznych a mną, jest czynnik etyologiczny cierpienia. Kol. A. powiada: „O urazach fizycznych i wstrząśnieniach psychicznych wśród ciąży nie znajdujemy również wzmianki w wywiadach, czyli możemy drogą wykluczenia przyjąć, że żadna z przyczyn, wywołujących porażenie mózgowe wrodzone u dzieci, w tym przypadku nie zadziałała, a więc nie było ono wrodzone“. Czyż kol. A. sądzi, że w każdym przypadku czynnik etyologiczny porażenia mózgowego wrodzonego jasno się nam przedstawia i że rozpoznanie porażenia mózgowego wrodzonego stanowczo odrzucimy, jeżeli przyczyny cierpienia nie odnajdziemy? Ja sądzę, że rozpoznanie porażenia wrodzonego utrzymać możemy bez znajomości przyczyny porażenia, polegając jedynie na objawach klinicznych i uwzględniając czas pojawienia się porażenia. Czynnik etyologiczny zaś ma znaczenie ze względu na patologię i terapię cierpienia.

W dalszym ciągu powiada kol. A.: „Przyczyny więc cierpienia mózgowego w tym przypadku należy szukać wśród porodu, za czem przemawia jeszcze i ta okoliczność, że i drugie dziecko zmarło wśród drgawek, a nie można ich uważać za wrodzone, ani za następstwo szczepienia ochronnego“. Dla czego i na jakiej podstawie autor stanowczo odrzuca możność istnienia cierpienia wrodzonego lub na tle zakażenia po długotrwałem ropieniu, a kategoryczny wydaje sąd, że cierpienie powstało wśród porodu, nie jest mi jasnem, tembardziej że o porodzie długotrwałym nie wspominałem; autor więc drogą wykluczenia powinienby przyjąć (jak wyżej) że poród był normalny i nie przeciągał się dłużej. Porażenia mózgowe wrodzone zaś (według znakomitego klinicysty-pedyatry Henocha) są te, w których objawy występują zaraz po porodzie. A czyż możemy stanowczo na podstawie wywiadów wykluczyć, że wśród drgawek, które wystąpiły po porodzie, nie było osłabienia, lub nawet porażenia rączki prawej? Według kategorycznego oświadczenia kol. A. sądzićby należało, że każde porażenie mózgowe u dziecka, pochodzącego z bliźniąt, należy uważać za powstałe wśród porodu, gdyż kol. A. powiada, że „nie można go uważać ani za wrodzone, ani za następstwo szczepienia ochronnego krowianką“. W artykule moim nie przemawiałem stanowczo za jedną lub drugą przyczyną choroby, ale poddałem pod rozwagę czytelników obydwie możliwości, a przypadek opisałem dlatego, ponieważ etyologia jest niejasna. — Co do okresu wystąpienia choroby, to uważam, że cierpienie wcześnie się pojawiło, jeżeli przyjmiemy początek choroby w pierwszych ośmiu dniach [1]).

V. Wyciągi.

Mueller z Monachium: **O stósowaniu elastycznych i nieelastycznych balonów w położnictwie.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 41, 1897 r.). W celu wywołania porodu przedwczesnego stósował M. śródmacicznie balony u osób ciężarnych ze ścieśnioną miednicą, na kilka tygodni przed prawdopodobnym kresem ciąży. Postępował on w sposób następujący: Przez ujście mało rozwarte wprowadzał do macicy mocny balon nieprężny (nieelastyczny), wypełniał go wodą zapomocą drugiego balonu, służącego do napełniania i następnie pociągał za balon umieszczony w macicy. Siłę pociągającą stanowiły ciężarki, których waga dochodziła do trzech kilogramów, t. j. przeciętnej wagi noworodka. Po kilku godzinach takiego postępowania ujście było zwykle rozwarte zupełnie, a poród mógł być ukończonym obrotem na nóżki. Sposób ten uważa M. za najodpowiedniejszy do wzniecania przedwczesnych porodów i sądzi, że ta metoda, wraz z metodą rozszerzania instrumentalnego szyjki według Bossiego i Tarniera, ograniczą z czasem wskazania cięcia cesarskiego do tych przypadków w których ścieśnienie miednicy jest tak znaczne, iż przez nią nie można przeprowadzić zdolnych do życia płodów, nawet niedonoszonych. Inne środki stósowane w celu wzniecania przedwczesnego porodu, jako to: przestrzykiwania pochwy, rozszerzanie jej zapomocą balonów i zakładanie świeczek do jamy macicznej, mają zdaniem autora tę niedogodność, że rozwarcie zupełne ujścia macicznego pozostawiają macicy samej i czynią zależnem od siły jej skurczów, która niekiedy może być do tego celu niewystarczająca, zwłaszcza w przypadkach, w których skurcze macicy tylko tak długo trwają, jak długo działa podnieta, po usunięciu zaś jej czynność porodowa ustaje. Stosując zaś balon, działamy zdaniem autora więcej czynnie, gdyż pociągając balon, wypełniony i uwięziony w macicy, rozwieramy sami jej ujście niezależnie od siły skurczów mięśnia macicznego. Do tego celu nadają się zdaniem autora najlepiej balony nieprężne gdyż elastyczne, jako słabsze, łatwiej mogą pęknąć, a nadto zastosowują swój kształt do wielkości ujścia tak, że nawet wypełnione płynem do wielkich rozmiarów, przy pociąganiu mogą przechodzić przez ujście nawet mało rozwarte.

Rozszerzanie pochwy zapomocą balonów stosował M. dla rozszerzenia ujścia zewn. macicy wśród porodu, tudzież w dwóch przypadkach celem zmiany nieprawidłowego kierunku osi macicznej. W jednym przypadku chodziło o macicę ciężarną w 5 m. k., tyłozgiętą i przytwierdzoną zrostami w tem położeniu. Wszelkie usiłowania ręcznego odprowadzenia macicy zawiodły, balon założony do pochwy i pozostawiony w niej przez trzy godziny, odprowadził macicę w położenie prawidłowe. W drugim przypadku istniało sztuczne przodozgięcie macicy, skutkiem poprzód wykonanej operacyi przyszycia macicy do pochwy (vagino fixatio) u osoby rodzącej w 8 m. k. Z powodu nieprawidłowego kierunku osi macicznej poród przeciągał się znacznie. M. założył do pochwy balon w celu podniesienia dna macicy ku górze, poczem miał zauważyć znaczny postęp czynności porodowej. Z innych wskazań do rozszerzenia pochwy (Kolpeoryzy) wśród porodu wymienia autor łożysko przodujące, tudzież ochronę pęcherza płodowego przy miednicach ścieśnionych. *Piotrowski.*

[1]) Redakcya dalszą polemikę na ten temat zamyka.

Hamburger: **O zbawiennym wpływie przekrwienia biernego i zapalenia w walce ustroju z mikrobami** *(Ctblt. f. B.*, 1897, T. 22, Nr. 14 i 15). W badaniach swoich nad isotonią krwi przekonał się H., że przy nasycaniu krwi kwasem węglowym, zmienia się rozdział pewnych jej składników między ciałka a surowicę; surowica zawiera mianowicie więcej białka, tłuszczu, cukru i staje się silniej zasadową, zmniejsza się w niej natomiast zawartość chloru. Pod tym względem różnica między prawidłową krwią żylną a tętniczą jest bardzo znaczna; tak n. p. zawiera krew żył szyjnych o 8% więcej cukru, a o 25% więcej zasad, niż krew tętnic szyjnych. W ostatnich czasach zwrócono uwagę na to, że zasadowość krwi odgrywa wielką rolę w walce ustroju z drobnoustrojami. Oprócz badań w pracowniach przemawiają za tem także spostrzeżenia, że robotnicy, zajęci przy obrabianiu wapna, ulegają stosunkowo rzadko gruźlicy, zaś klasa robocza żywiąca się głównie ziemniakami, cierpi często na zołzy. Pierwszy fakt możnaby tłómaczyć tem, że zasadowość krwi staje się wysoką wskutek ciągłego wdychania zasadowych związków wapna; co do drugiego spostrzeżenia, to Cohnstein i inni wykazali, że pokarm wyłącznie roślinny obniża zasadowość krwi. Wobec tego postanowił H. zbadać, czy surowica krwi, nasyconej kwasem węglowym i posiadającej wysoką zasadowość, posiada również silniejszy wpływ na drobnoustroje, niż surowica krwi, nienasyconej kwasem węglowym. Doświadczenia odpowiednio wykonane z gronkowcem złocistym i z prątkiem wąglikowym wypadły dodatnio. Podobnież przekonał się H., że prawidłowa surowica zwykłej krwi żylnej daleko silniej upośledza rozwój drobnoustrojów, niż zwykła surowica tętnicza. Zgodnie z dawniejszemi badaczami stwierdził dalej H., że przekrwienie tętnicze sprzyja rozwojowi zapaleń zakaźnych, przekrwienie zaś żylne mu przeszkadza i w ten sposób stara się nadać znanej metodzie Biera, polecającego w gruźliczych sprawach kończyn stósować przekrwienie żylne, umiejętne teoretyczne podstawy, sądząc, że pomyślny wpływ tego sposobu polega na wzroście zasadowości krwi wskutek zastoju żylnego. Ciecz przesączynowa, gromadząca się przy tej metodzie w tkankach, posiada, według badań H., również wzmożoną zasadowość. Podobny wzrost zasadowości ma następować w zapaleniu, ponieważ i tam rozwija się zwolnienie prądu krwi żylnej, a co zatem idzie, także nagromadzenie się kwasu węglowego w tkankach i wypocinie i wzrost zasadowości cieczy tkaninowych w zapalnie zmienionym narządzie. Cała ta zmiana zaś wywiera na rozwój drobnoustrojów wpływ niekorzystny.

Ciechanowski.

Fritsch: **Nowy sposób otwierania macicy przy cięciu cesarskiem.** *(Centralblatt für Gynäkologie.* 1897. Nr. 20). F. poleca otwierać macicę, celem wydobycia płodu, cięciem poprzecznem w dnie, nie dochodzącem po obu stronach do początku trąbek. F. widzi w zastósowaniu tego cięcia dużo korzyści, a mianowicie cięcie powłok przypada wyżej niż zwykle, co chroni od powstawania w bliźnie przepuklin, które wytwarzają się najczęściej poniżej pępka; powtóre przez niewielki stosunkowo otwór w powłokach można całą macicę na zewnątrz wytoczyć, a brzegi rany powłok szczelnie do macicy przylegają tak, że krew do jamy brzusznej się nie dostaje. Po otwarciu macicy w dnie nastawiają się (najczęściej) nóżki płodu, więc wydobycie dziecka jest przez to nader ułatwione. Po wydobyciu płodu rana w ścianie macicy zmniejsza się znacznie wskutek skurczu mięśni, a ponieważ szwy przebiegają prostopadle do przebiegu naczyń, więc po założeniu już pierwszego szwu krwotok zupełnie ustaje. Wreszcie i sfałdowanie w tem miejscu otrzewnej pozwala na wygodne założenie szwu Lemberta. *Ww.*

S. Bronowski: **Mleczan strontu w chorobie Brighta.** (Odbitka z Pam. Tow. lek. Warsz. T. 92, Z. 4). Na podstawie spostrzeżeń klinicznych przy łóżku chorego (13 przypadków), jakoteż doświadczeń na zwierzętach, dochodzi autor do wniosku, że mleczan strontu działa w wielu przypadkach wybitnie moczopędnie — i do pewnego stopnia zmniejsza ilość białka.

Największe moczopędne działanie zauważono w świeżych ostrych miąższowych postaciach zapalenia nerek i to dość rychło, bo już w 3cim dniu podawania leku — moczenie wynosiło do 4000 ctm³; wybitne działanie w jednym przypadku pierwotnego śródmiąższowego zapalenia nerek, w mniejszym zaś stopniu w przewlekłych postaciach. Bez skutku okazał się powyższy lek w trzech przypadkach przewlekłych, gdzie naparstnica i kofeina moczenia również wcale nie zwiększały.

Lek ten nie ma żadnego wpływu na czynność serca, ani na oddechanie; — trzeba jednak pilnie baczyć, by nie był zanieczyszczonym barytą, którą łatwo wykazać za pomocą dwuchromianu potasowego.

Podaje się lek ten w rozczynie 12.0 : 180.0, co dwie godziny po łyżce stołowej; — można dojść do 12 gramów na dzień.

Moczopędne działanie mleczanu strontowego jest, według autora, następstwem rozszerzenia naczyń nerkowych, — a nie drażnienia przybłonków. — Morfina, równocześnie podawana, zmniejsza działanie moczopędne. *Dr. Kędzior.*

Hitzig: **O nierównych źrenicach w przebiegu raka gardzielowego i o znaczeniu tego objawu.** *(Deutsche medicin. Wochenschrift.* Nr. 36. r. 1897). Różnica szerokości źrenic, występująca przy guzach śródpiersia, zależną być może bądź od ucisku na pień nerwu spółczulnego, bądź też od obrażenia pierwszego korzenia grzbietowego, z którym biegną włókna oczno-źreniczne, prowadzące gałąź zespalającą n. spółczulnego (ramus communicans sympathici). Obok zanikowego porażenia mięśni ręki ze znamiennem zaburzeniem czucia, występuje zwężenie źrenicy, słabo na światło oddziałującej, zwężenie szpary powiekowej tejże strony i cofnięcie się gałki.

Autor przytacza z kliniki prof. Eichhorsta 5 przypadków raka gardzielowego, w których zwężenie źrenicy dotyczyło zawsze lewej strony, oraz szósty, w którym obok zwężenia źrenicy, występowało także zwężenie szpary powiekowej na stronie prawej, połączone z zupełnem porażeniem nerwu wstecznego (recurrentis) prawej, niezupełnem zaś (paresis) lewej strony.

Dla zrozumienia tych objawów przypomnieć sobie trzeba, że włókna oczno-źreniczne występują, opuściwszy *centrum cilio spinale inferior*, z rdzenia pacierzowego wspólnie z przednim korzeniem grzbietowym i jako gałąź zespalająca, łączą się z pasmem przykręgowem n. spółczulnego.

Guz w wysokości pierwszego korzenia grzbietowego, t. j. 20 cm. po za rzędem zębów, musi zatem wywołać objawy oczno-źreniczne. To, że zwykle lewa źrenica dotkniętą bywa, tłómaczy się według autora, położeniem gardziela, który zwykle nieco na lewą stronę bywa przesuniętym.

Bol. Wicherkiewicz.

Björn Floderus: **Kliniczne przyczynki do wyjaśnienia związku między gruczołem krokowym a jądrami.** *(D. Z. f. Ch.* T. 45). Autor przeprowadziwszy liczne badania na gruczole krokowym przy jednostronnej lub obustronnej testektomii, wysnuwa następujące wnioski: testektomia obustronna, wykonana w dzieciństwie, wywołuje niedokształt gruczołu krokowego; u dorosłych wywołuje zmniejszenie przedtem niezmienionego gruczołu; przy przeroście czasami nie wpływa na zmniejszenie gruczołu; gruźlica zlokalizowana w gruczole po obustronnej testektomii zwykle dalej się nie rozwija; przy jednostronnej testektomii z reguły następuje zmniejszenie jednoimiennej strony gruczołu niezmienionego; nie zapobiega testektomia jednostronna następowemu przerostowi gruczołu, często towarzyszy tej operacyi zanik jednoimiennego pęcherzyka nasiennego. *St. D.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie wyborcze dnia 16 Grudnia 1897 r.
Przewodniczący kol. Surzycki. — Obecnych członków 30.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Imieniem komisyi przedwyborczej, zawiadamia kol. Mars, że komisya zwróciła się z prośbą do ustępującego prezesa kol. Surzyckiego, by zechciał godność prezesowską zatrzymać na rok trzeci. Kol S. na to się jednak nie zgodził, tłómacząc się brakiem czasu i nawałem różnych zajęć.

Jako kandydatów na stanowiska w Tow. lek. na rok 1898 przedstawia komisya przedwyborcza: Na prezesa kol. prof. Jakubowskiego, na wiceprezesa kol. Bielańskiego, na skarbnika, wobec rezygnacyi kol. prof. Zarewicza, kol. Gwiazdomorskiego, na redaktora »Przegl. lek.« Dra Kwaśnickiego, na sekretarza dorocznego kol. Ksawerego Górskiego. Na członków komisyi redakcyjnej koll. Obalińskiego, Poniklę, Marsa i Raczyńskiego; na delegatów do Rady zawiadowczej i na walne zebranie Tow. lek. gal. koll. Bylickiego i Gluzińskiego Antoniego, wreszcie na członków komisyi kontrolującej koll. Mączkę i Gwiazdomorskiego.

Do skrutynium zaprasza kol. przewodniczący koll. Zolla i Górskiego.

Wybrani zostali:

Prezesem kol. prof. Jakubowski, wiceprezesem kol. Bielański, skarbnikiem kol. Gwiazdomorski, redaktorem kol. Kwaśnicki, sekretarzem dorocznym kol. Górski. Do komisyi redakcyjnej koll.: Obaliński, Ponikło, Mars, Raczyński. Do komisyi kontrolującej koll.: Mączka i Gwiazdomorski. Na delegatów do Rady zawiadowczej koll.: Bylicki i Antoni Gluziński.

Posiedzenie zamknęło krótkie okolicznościowe przemówienie kol. prof. Jakubowskiego i kol. Kwaśnickiego.

Sekretarz: *Dr. Eugeniusz Borzęcki.*

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

W sprawie lekarzy okręgowych.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Teraźniejszy lekarz coraz częściej wymaga pomieszczenia chorego w szpitalu, jeżeli rozchodzi się o rzeczywiste leczenie. Obecnie trzeba być człowiekiem zamożnym, aby w własnym domu módz mieć te wszystkie urządzenia, jakich wymaga operator dla zapewnienia pomyślnego wyniku po operacyi. Wobec coraz bardziej wzrastającego przepełnienia mieszkań, zarówno po miastach i miasteczkach, a może jeszcze w wyższym stopniu po wsiach; lekarz w każdej chorobie, do leczenia której potrzeba dla chorego pewnej wygody, spokoju, powietrza i ciepła, — nie mówiąc już o potrzebie odosobnienia ze względów sanitarno-policyjnych,— będzie doradzał umieszczenie chorego w szpitalu. A zresztą, co najważniejsza, obecnie nawet w chorobach wewnętrznych lekarz nie ogranicza się do przepisania leków aptecznych, ale posługuje się różnemi metodami leczniczemi, aby zaś módz je wykonywać, potrzebuje mieć chorego w swem pobliżu, w dobrych warunkach higienicznych i mieć jako tako zapewnioną pomoc osoby w pielęgnowaniu chorych przyuczonej. Tego lekarz nie ma na wsi, jeżeli nie jest kierownikiem szpitala, w którymby mógł chorego na czas leczenia umieścić.

Dlatego lekarz okręgowy, którego głównem zadaniem ma być leczenie chorych, jeżeli nie ma oddanego sobie szpitala, jest żołnierzem bez broni.

Ustawa o organizacyi służby zdrowia w gminach nakłada więc na gminy, utrzymujące własnych lekarzy, obowiązek utrzymywania odpowiednio urządzonego lokalu dla chorych, celem niesienia natychmiastowej pomocy dla chorych potrzebujących przytułku i opieki, oraz dla rodzących. Dla okręgów sanitarnych nie ma tego obowiązku wyraźnie wypowiedzianego, lecz natomiast w instrukcyi dla lekarzy gminnych i okręgowych (pod lit. n.) zawarty jest obowiązek, że tam, gdzie nie ma osobnego lekarza szpitalnego, lekarz gminny, względnie okręgowy, ma bezpłatnie leczyć chorych w znajdującym się w gminie „lokalu dla chorych“.

Otóż wprawdzie unikano w ustawie (a rozumie się samo przez się i w instrukcyi) wypowiedzenia słowa „szpital“, bo Sejm obawiał się zbytecznego obciążenia kraju i powiatów, gdyby był ustawowy obowiązek dostarczania budynków szpitalnych w każdym okręgu, ale nie ulega wątpliwości, że przez wyraz „lokale dla chorych“ rozumiano skromne, stósownie do potrzeb miejscowych zastósowane małe szpitaliki, bez wielkiego aparatu administracyjnego.

I w tem leży wskazówka, jak dalej w tym względzie postępować należy.

Nikt nie zaprzeczy, że Galicya ma mało szpitali i najmniejszą liczbę łóżek szpitalnych, w stosunku do ludności, ze wszystkich krajów koronnych, reprezentowanych w Radzie państwa. Ale co gorsza, istniejące szpitale są niekorzystnie rozłożone tak, że niemal w połowie całego kraju, bo w 34 powiatach politycznych z ludnością $2^1/_2$ milionową, niema ani jednego łóżka szpitalnego, a w niektórych okolicach najbliższy szpital oddalony jest o 50—70 kilometrów. Nic też dziwnego, że u ludu naszego odesłanie chorego do szpitala napotyka nieraz silny opór, bo sam chory powiada: „mam umierać, to przynajmniej niechaj umrę między swoimi, a nie na obczyźnie“. Odwożą też chorych tylko w ostatecznych razach; ztąd małe wyniki leczenia, a w następstwie tego strach przed pomieszczeniem w szpitalu.

Jednym z dobrych skutków ustawy sanitarnej z roku 1891 jest korzystniejsze rozmieszczenie lekarzy po kraju. Z 83 okręgów, w roku 1897 istniejących, w 44-ch nigdy przed organizacyą nie było lekarza; w 12-tu zaś okręgach byli niegdyś chirurdzy, lecz po ich ustąpieniu lub śmierci, przez czas dłuższy nie mógł lub niechciał osiąść żaden doktor medycyny. Otóż tak samo jak ta ustawa musi usunąć szkodliwą centralizacyę lekarzy w stolicach kraju i w większych miastach, tak samo musi z czasem doprowadzić do decentralizacyi szpitali.

W tym duchu przemawiałem na II. Zjeździe c. k. lekarzy powiatowych dnia 30. Kwietnia 1892, na którym byli zgromadzeni niemal wszyscy lekarze urzędowi z całego kraju. Stawiałem za przykład Bawaryę, która, znacznie mniejsza od Galicyi, ma cztery razy tyle łóżek szpitalnych, a sześć razy więcej szpitali niż Galicya tak, że 85% wszystkich szpitali ma mniej niż 50 łóżek. Przedstawiłem korzyści mniejszych szpitali, polegające na tem, że koszt budowy jest mniejszy, równie jak koszta zarządu, że jest większa możność zajęcia się lekarza każdym chorym z osobna, że oczyszczenie, przewietrzanie szpitala jest łatwiejsze, że bez trudności można taki szpital w dogodnych warunkach higienicznych umieścić, że wreszcie dla chorych jest możność uzyskania pomocy szpitalnej bez dalekiego transportu. Zwróciłem uwagę, że zarządy Kas chorych coraz bardziej przychodzą do przekonania, że leczenie szpitalne jest dla członków Kasy najlepszem, a dla zarządu najtańszem i że, w miarę rozwoju tych kas, ilość członków, szukających pomocy w szpitalach, zwiększać się musi. Dlatego też zachęcałem zebranych lekarzy powiatowych, do użycia swego wpływu, aby powiaty budowały szpitale mniejsze, odpowiadające wymogom higieny, i z materyału takiego, na jakie środki materyalne powiatu pozwalają, gdyż lepiej mieć szpital drewniany, jak go nie mieć wcale. (Streszczenie tego wykładu znajduje się w numerze 23. „Przeglądu lekarskiego“ z roku 1892, w sprawozdaniu Dra Obtułowicza z II. Zjazdu lekarzy powiatowych).

Jestem silnie przekonany, że jeżeli dziś młodzi zdolniejsi lekarze, mający dłuższą praktykę szpitalną, nie garną

się wcale do posad lekarzy okręgowych, to przyczyna tego nie leży w tem, jakoby ci lekarze obawiali się pracy wśród ludu wiejskiego, lub odstraszeni byli nizkimi dochodami, lecz w tem, że taki lekarz, nie mając szpitala, nie chce się podjąć obowiązków trudnych do wykonania. Wszak płace kierowników niektórych szpitali powszechnych nie były do końca roku 1897 wcale wyższemi od płacy lekarza okręgowego, która zresztą w ustawie tylko co do minimum jest ograniczoną, a wyższą być może, stósownie do stosunków miejscowych. A przecież w ostatnich dziesięciu latach na każdą opróżnioną posadę lekarza w szpitalu powszechnym nie brak było zupełnie ukwalifikowanych kompetentów. To samo będzie z okręgami sanitarnymi: gdy w nich będą szpitale, nie będzie braku dobrych lekarzy, a w następstwie tego ciągle będzie wzrastać zaufanie ludności do tej instytucyi; tudzież, widząc sama korzyści z niej, chętnie ponosić będzie wydatki z jej utrzymaniem połączone — i, w miarę rozwoju czynności — wzrastające. Wszak i dziś, — mimo to, że lekarze okręgowi nie mogą rozwinąć pełnej działalności, że rząd nie ma żadnego środka przymusu na rozwój organizacyi służby zdrowia w gminach, — sama ludność dopomina się o lekarzy okręgowych i mamy powiaty takie, które z własnych funduszów opłacają już dwóch lub trzech lekarzy okręgowych i chcą dalsze dwa okręgi z własnych funduszów kreować. Wszak na rok 1898 dopomina się ludność o kreowanie przeszło 20tu nowych okręgów, które prawdopodobnie nie przyjdą do skutku, ponieważ Wydział krajowy nie wstawił do budżetu krajowego na r. 1898 żadnego dalszego kredytu na ryczałty dla lekarzy okręgowych, a jedynie dla już istniejących okręgów.

Bardzo pouczającą pod tym względem jest historya rozwoju służby sanitarnej „ziemstw“ w Rosyi, opisana przez prof. Erismana w czasopismie: *Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege* w tomie 29-tym z r. 1897 p. t. *Die Entwickelung der landschaftlichen Medizin und Gesundheitspflege in Russland.* Dr. Erisman, poprzednio profesor higieny w Moskwie, usunięty z powodów politycznych z tej posady, jest obecnie profesorem tego samego przedmiotu w Zurychu; więc ani o brak znajomości przedmiotu, ani o stronnicze przedstawienie sprawy, nie może być posądzony, chociaż z niezmiernemi pochwałami o całej tej instytucyi się wyraża. Każdemu, kto się interesuje sprawami zdrowia publicznego, mogę tylko gorąco zalecić przeczytanie tej rozprawy, lecz nie mogę pominąć, aby chociaż w krótkich zarysach nie przedstawić treści jej.

Otóż prof. Erisman określa »Ziemstwa« jako organa miejscowego samorządu i, w zasadzie, jako tak republikańską instytucyę, jaka nie jest znaną w żadnem monarchicznem państwie zachodniej Europy. Polityka jest stanowczo wykluczoną z zakresu działania ziemstw i można je zresztą porównać z ustrojem kantonów szwajcarskich. Ziemstwa zostały do życia powołane w początku panowania cara Aleksandra II, zatem przed więcej jak 30-tu laty, a w akcie ustawowym, określającym zadanie i kompetencyę tej instytucyi, wypowiedziano, że ziemstwa są powołane: „głównie do współdziałania w życiu społecznem ludności i w granicach zakreślonych przez ustawę starać się mają o oświatę ludu, zdrowie publiczne itd.

Nic też dziwnego, że wobec tak elastycznego brzmienia ustawy, reakcyjne prądy zawsze starały się ścieśniać zakres działania ziemstw i stawiały im najróżnorodniejsze trudności w ich rozwoju. Lecz nic to nie pomogło.

Jedną z pierwszych czynności ziemstw (oprócz poprawy środków komunikacyjnych, szkolnictwa, ubezpieczeń itd.) była opieka nad zdrowiem publicznem. Ustanowiono więc przedewszystkiem lekarzy ziemstw, (tak jak u nas okręgowych), i polecono im każdą gminę odwiedzać w pewnych regularnych odstępach czasu (zazwyczaj dwa razy w miesiącu). Lecz lekarz był wszędzie i nigdzie, szukał on chorych, lecz częściej szukali chorzy lekarza, nikt nie był zadowolony. Potrzeba było „latających“ po okręgu lekarzy ustalić, a stało się to w ten sposób, że w siedzibie lekarza ziemstwa urządzono szpital z kilkunastoma najczęściej łóżkami, a obok lokale obszerne dla ambulatoryjnego leczenia przychodnich chorych, nie mniej aptekę. Każdy opłacający podatki ma prawo być leczony bezpłatnie przez lekarza ambulatoryjnie, w cięższych przypadkach w szpitalu, albo, o ile czasu lekarzowi starczy, w mieszkaniu chorego i otrzymać bezpłatnie lekarstwo z apteki ziemskiej. Aby dać wyobrażenie o rozwoju tej na wskróś autonomicznej instytucyi, pozwolę sobie z pracy prof. Erismana wyjąć niektóre cyfry. Gubernia moskiewska, mająca obecnie około $1\frac{1}{2}$ miliona ludności, miała w r. 1866 tylko 2 szpitale ziemskie (właściwie ambulatorya); w roku 1896, 75, wyłącznie do ziemstw należących, a 68 szpitali prywatnych i fabrycznych, stojących w związku z ziemstwami; razem więc 143 szpitali, z których tylko 28 nie mają łóżek szpitalnych, lecz są właściwie ambulatoryami. W r. 1879 było łóżek szpitalnych w tej gubernii 638, w roku 1893, 2300; chorych w szpitalach leczonych w 1879 roku 4.785, w 1893 roku 29.703; chorych ambulatoryjnie leczonych w szpitalach ziemskich w 1893 r. 421.328, w szpitalach prywatnych, pozostających w stosunku z ziemstwami 190.002, razem chorych 611.330, wizyt 1,015.351. W domach odwiedzili lekarze ziemstw w r. 1893 chorych 15.068, zakaźnych chorych po wsiach 12.505, rodzących po za szpitalami 2.475, zaszczepili 58.354 osób. To wszystko w jednej guberni o $1\frac{1}{2}$ milionowej ludności. W miarę rozwijającej się czynności ziemstw w kierunku sanitarnym wzrastał też budżet wydatków, tak zwyczajnych na płace personalu i leki, jak i nadzwyczajnych, na budowę szpitali, ambulatoryów, zakładanie aptek i t. d. W przeciągu też 25-ciu lat wzrósł budżet wydatków sanitarnych ziemstw guberni moskiewskiej dziesięciokrotnie i doszedł w roku 1895 do pokaźnej sumy 400.000 rubli na wydatki zwyczajne, a 300.000 rubli na nadzwyczajne, razem 700.000 rubli.

Uposażenie lekarzy ziemstw jest stosunkowo bardzo dobre, zazwyczaj pobiera lekarz rocznie 1.200 rubli, czasem 1.500—1.800 rubli. — mieszkanie z opałem i oświetleniem i ryczałt na podróże 300 do 400 rubli. Mieszkanie jest zwykle w osobnym domu w pobliżu szpitala i apteki.

W skutek uprzejmości Dra Józefa Polaka, redaktora czasopisma *Zdrowie* w Warszawie, posiadam kilka roczników wydanych przez ziemstwo guberni karskiej, a w jednym z nich (z r. 1883) zamieszczony jest szkic szpitala na 12 łóżek, wraz z lokalami dla przychodnich chorych, dla apteki, mieszkaniem felczera i akuszerki, a mniej więcej według tego samego typu są szpitale w guberni moskiewskiej zbudowane.

Ponieważ rząd rosyjski nie wszędzie pozwolił na utworzenie autonomicznych ziemstw i, jak prof. Erisman podnosi, wszędzie tam, gdzie przeważa wśród ludności element polski lub niemiecki, obawiano się nadać pewnych praw samorządu (a więc w całem królestwie polskiem, w krajach nadbałtyckich i w wielu rosyjskich południowych guberniach), utworzono w tych prowincyach lekarzy państwowych, dla leczenia ludności pobudowano szpitale itd., jednem słowem wprowadzono rządową organizacyę służby zdrowotnej w gminach. Dr. Erisman przeprowadza w swej rozprawie porównanie rozwoju organizacyi sanitarnej ziemstw w 34 guberniach i rządowej w 12 guberniach i dochodzi do konkluzyi, że ziemstwa przeszło drugie tyle łożą na wydatki sanitarne, co rząd i że w ogóle opieka sanitarna rządowa jest niedostateczną i ani w części nie przynosi tych korzyści, co organizacya autononomiczna.

Dr. Erisman widzi wyższość organizacyi sanitarnej ziemstw nad organizacyą sanitarną państwową: po 1^0 w samopomocy, w swobodzie działania i możności osobistej inicyatywy, która możliwą jest tylko tam, gdzie jest samorząd, choćby nawet ograniczony; 2^0 w tem, że w ziemstwach jest ta instancya, która ustanawia lekarza, i od której on jest zależnym, w takiem pobliżu, że jest możliwość uwzględnienia wszelkich jego wniosków, a po 3-cie, że w ziemstwach

odgrywa rolę element kolegialny, który zawsze ułatwia pracę.

Dlatego też wielu wysokich urzędników rosyjskich zwracało kilkakrotnie uwagę rządu centralnego na niedostateczność czysto urzędniczej służby sanitarnej i przedstawiało wnioski wprowadzenia organizacyi ziemstw tam, gdzie jej dotąd nie ma.

U nas Dr. Sawicki jest innego zdania: on przedstawia w swym artykule w *Przeglądzie lekarskim* wniosek, aby czysto autonomiczną instytucyę lekarzy okręgowych przekształcić w czysto urzędniczą organizacyę.

Kończąc, nie mogę powstrzymać się od wyrażenia żalu, że Dr. S. wystąpił z zarzutami przeciw tak potrzebnej instytucyi lekarzy okręgowych, nie zbadawszy sprawy dokładnie, że opierał się w swoich wywodach na mylnych danych i że przez to podał broń przeciwnikom tej instytucyi.

Jeżeli chociaż w części zdołam naprawić to złe, które Dr. S. dla sprawy wyrządził, cel mój będzie zupełnie osiągnięty. —

Lwów 8. stycznia 1898.

Dr. Józef Merunowicz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 20 Stycznia.

* Dnia wczorajszego odbyło Towarzystwo lekarskie krakowskie posiedzenie administracyjne, na którem urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę z całorocznej działalności.

Następnie wznowiono rozprawy nad projektem etyki lekarskiej, którego wszystkie paragrafy ostatecznie zostały uchwalone.

* Rozgłos, nadany tajemniczemu wynalazkowi prof. Schenka, nie jest czemś odosobnionem lub nowem: kto pamięta rolę prasy i oddziaływanie społeczeństwa na wiadomość o kochinie, temu analogia, *mutatis mutandis*, stanie przed oczyma. Prof. Schenk, przypuszczać należy, pracuje i zapewne wydoskonala dalej swoją metodę; bo nie musi ona być jeszcze dojrzałą, skoro wynalazca nie ogłosił jej na właściwej drodze, a tem samem nie poddał krytycznej ocenie specyalistów i zawodowców.

Dzięki wielkiej uprzejmości prof. Adametza podajemy w dzisiejszym numerze rzut oka na obecny stan nauki o dowolnem wpływaniu na płeć potomstwa u zwierząt. Zestawienie to, wychodzące z pod pióra tak kompetentnego, jest ostatniem słowem wiedzy w tej sprawie.

* Minister wyznań i oświaty poruczył rektorowi Akademii weterynaryjnej we Lwowie, prof. J. Spilmanowi, wykłady weterynaryi w lwowskim wydziale lekarskim.

* Łódzkie Towarzystwo lekarskie ukonstytuowało się na r. 1898, wybierając prezesem Dr. Jonschera, wiceprezesem Dr. Goldsobla, sekretarzem Dr. Rundę, bibliotekarzem Dr. Jasińskiego, kasyerem Dr. Kruschego.

* Sejm galicyjski nadał *veniam aetatis* prymaryuszom: Dr. Muszkietowi w Żółkwi, Dr. Wysockiemu w Złoczowie, Dr. Oświecimskiemu w Bochni i Dr. Macudzińskiemu w Jaśle.

* Sprawa zaliczenia do emerytury dotychczasowych lat służby niektórym prymaryuszom naszych szpitali prowincyonalnych została załatwioną przychylnie przez komisyę petycyjną; gdy jednak referent Wydziału krajowego, Dr. Hoszard, wyłuszczył odmienne stanowisko Wydziału krajowego, ujęli się za pokrzywdzonymi posłowie Prof. Dr. Jordan i dyrektor Rotter. Na wniosek posła Dunajewskiego sprawa została odesłana do sejmowej Komisyi sanitarnej z poleceniem załatwienia jej. Przekonani jesteśmy, że tak Komisya sanitarna, jak i Wysoki Sejm, pójdą drogą prawa i sprawiedliwości. Życie poucza, że oszczędność uzyskana drogą czyjejkolwiek krzywdy, staje się w swych następstwach wielce k o s z t o w n ą.

Sanok 1 Stycznia. Jeżeli w miastach takich, jak Kraków i Lwów posiedzenia naukowe lekarskie odbywają się co 2 tygodnie i obfitują w bogaty porządek dzienny, to na prowincyi, gdzie brak instytucyj lekarskich, nie należy się dziwić, że posiedzeń jest mniej, tudzież, że treść tych posiedzeń wyczerpuje się prędko.

Mimo to jednak Sekcya sanocka, pod kierunkiem kolegi prezesa Dra Czyżewicza, odbyła w roku ubiegłym trzy posiedzenia, mianowicie 10 lutego w Sanoku, 10 maja w Lisku i 20 listopada w Brzozowie. Pomijając pierwsze z tych posiedzeń, które było więcej administracyjne, wspomnę o dwu następnych, gdyż zainteresowały one niezmiernie obecnych członków, a to dzięki dwom odczytom i całemu szeregowi pogadanek naukowych. Nie będę się zapuszczał w treść tych odczytów, pogadanek i dyskusyi, tylko nadmienię, że treścią I-go odczytu Dra Galanta było przedstawienie najnowszych poglądów na odporność i uodpornienie; zaś treścią II-go, odczyt Dra Zaleskiego: O leczeniu krwotoków w V okresie porodowym i w pierwszych godzinach połogu. Oba odczyty, a szczególniej pierwszy, dał powód do długiej dyskusyi, z której obecni wiele skorzystali, gdyż przeważnie rozbierane były najnowsze poglądy leczenia surowicą. Nie mniej też i pogadanki naukowe zainteresowały członków, gdyż dotyczyły przeważnie nowszych prac, badań i nowych sposobów leczenia.

Nietylko jednak zajmowano się sprawami naukowemi: na wszystkich posiedzeniach roztrząsano sprawy dotyczące zawodu lekarskiego, zwłaszcza etyki lekarskiej.

Również zajmowano się kasami chorych robotników, sprawą ubezpieczenia lekarzy, nieodpowiedniem traktowaniem lekarzy przez sądy powiatowe i dyrekcye kolei żelaznych. We wszystkich tych sprawach uchwalone wnioski przedłożono już to Izbie lekarskiej, już też Towarzystwu lekarzy galicyjskich. Obecnie sekcya nasza liczy wszystkich członków 18, a spodziewamy się, że z przybyciem nowych sił młodych do powiatu i szpitala i ruch naukowy zwiększy się między nami i ocuci innych kolegów, zupełnie nie komunikujących się z sekcyą.

Dr. E d w a r d P i o t r o w s k i,
sekretarz sekcyi sanockiej.

* W rozprawie Protomedyka Dra Merunowicza, pod tytułem „W sprawie okręgów sanitarnych“ zaszły następujące pomyłki: na str. 34, w szpalcie 2-giej, 4-ty wiersz od góry, zamiast 1772 ma być 1882; w wierszu 5-tym: zamiast 30,8‰ ma być 30,8%; w wierszu 6-tym: zamiast 24,5‰ ma być 24,5%

na str. 35, w szpalcie 2-giej, w wierszu 8-mym, po słowie ilości — opuszczono wyraz **lekarzy**.

Mianowania: Docent Akademii lekarskiej w Petersburgu, Konrad Wagner, mianowany został profesorem kliniki dyagnostycznej w Kijowie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Wiktor Żelazowski, wychowaniec Uniw. krakowskiego, zmarł w Stakowie (Król. polskie) w 48 roku życia. — W Warszawie zakończyli życie: Maurycy Kleczkowski i Franc. Ksawery Zaleski. Dr. Jan Minkiewicz, znany chirurg, zmarł w Tyflisie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Nowinach lekarskich“ Nr. 1: Dra S t a n o w s k i e g o (Gdańsk): Wartość elektryczności przy leczeniu rwy kulszowej. W „Medycynie“ Nr 3: Prof. Dra K o s i ń s k i e g o: Guz mózgu w okolicy bruzdy Rolanda lewej (c. d.). L e s z c z y ń s k i e g o L: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych? W „Gazecie lekarskiej“ Nr. 3: S t a n k i e w i c z a C. (Łódź): Przyczynek do nauki o złośliwych nowotworach kosmówki. Dra C z a j k o w s k i e g o J.: Przypadek garbu lędźwiowego, leczonego metodą Calota. Dra P a w i ń s k i e g o J.: Asthma vesicale (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 26-go Stycznia, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Prof. Dr. Obaliński: Okaże i objaśni użycie narzędzi Bottiniego, służących do przypalania gruczołu krokowego.

2) Kol. Prof. Dr. **Mars**: O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach do nauczania przeznaczonych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 29. Stycznia 1898. Nr. 5.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chorób dróg moczowych Prof. Guyona w Paryżu.

Wpływ zabiegów, wykonywanych w zakresie narządu płciowego zewnętrznego, na gruczoł krokowy u zwierząt

podali

Prof. Dr. Albarran i Dr. Bolesław Motz.

Pomimo pokaźnej liczby prac doświadczalnych i badań klinicznych, niepodobna do dziś dnia, na podstawie ścisłych porównań, ocenić dokładnie wartości rozmaitych zabiegów na narządzie płciowym zewnętrznym, zalecanych w celu wywołania zaniku gruczołu krokowego.

Według naszych badań zdaje się, że wycięcie przewodu nasiennego jest metodą niepewną i zawodną; natomiast zachęcająco wypadły doświadczenia z nowym, przez nas obmyślonym zabiegiem, który postawilibyśmy prawie na równi z wytrzebieniem, a który jeden z nas już raz zastósował u człowieka; zabiegiem tym jest wycięcie naczyń i nerwów sznurka nasiennego (angioneurectomia funic. spermat.)

Doświadczenia nasze, ciągnące się już półtrzecia roku, przedstawiają się w streszczeniu następująco:

I. Obustronne wytrzebienie.

Konie. Badając drobnowidowo prawidłowy gruczoł krokowy u ogierów różnego wieku, stwierdziliśmy, że u starych zwierząt tkanka podścieliskowa jest stosunkowo obfitszą, niż u młodych; nadto przestrzenie gruczołowe są u starych zwierząt znacznie rozszerzone i wysłane nizkim przybłonkiem wałeczkowatym. U wałachów, nawet w kilkanaście lat po wytrzebieniu, nie zanika całkowicie właściwa tkanka gruczołowa, wbrew temu, co przypuszczano dotąd W niektórych częściach gruczołu krokowego zapadają się wówczas cewki i rozgałęzienia końcowe gruczołów, przybierając wejrzenie zarodkowe (embryonalne); w innych zaś częściach zmiany zanikowe dochodzą aż do zatracenia się prawidłowych drzewkowatych rozgałęzień gruczołowych, przyczem pozostające jeszcze przestrzenie gruczołowe stają się szersze i wysłane są nizkim przybłonkiem. W ogóle więc u wałachów zanik części gruczołowej utkania jest wprawdzie znaczny i niewątpliwie istnieje, nie dochodzi jednak nigdy do zupełnego zniknięcia tkanki gruczołowej, której część zawsze pozostaje.

Bydło rogate. Porównując gruczoł krokowy buhaja z gruczołem krokowym wołu, nie dostrzega się gołem okiem wybitniejszych różnic, wyjąwszy jedynie rozmiary, które u wołu często są mniejsze, niż u buhaja. Natomiast pod drobnowidem stwierdza się, że zanik przestrzeni gruczołowych u wołu, podobnie jak u wałacha, jest znaczny i że również istnieją zmiany w podścielisku, ponieważ zawiera ono u wołu mniej włókien mięsnych, a więcej tkanki łącznej, niż u buchaja.

Psy. Dwa lata temu wykazywaliśmy, na Zjeździe chirurgów francuskich, że wnioski, wysnute z doświadczeń na psach a opierane wyłącznie na badaniach wagi gruczołu krokowego, są bez wartości, ponieważ ciężar gruczołu krokowego w porównaniu do ciężaru ciała tych zwierząt, jest nadzwyczaj zmienny. Trzeba dodać, że i badania drobnowidowe są w tych razach bez wartości, jeżeli się nie bierze w rachubę wieku zwierzęcia, użytego do doświadczeń. Niema nic podobniejszego do zanikłego gruczołu krokowego, jak gruczoł krokowy, pochodzący z młodego zwierzęcia. U prawidłowych psów można rozróżnić dwa rodzaje budowy gruczołu krokowego. Jeden z nich właściwym jest dla zwierząt młodych, i znamionuje się tem, że tkanka gruczołowa jest stosunkowo rzadką, i że znaczna część rozgałęzień gruczołowych, wypełnionych szczelnie komórkami przybłonkowemi, nie posiada w środku wcale światła; jednakże zawsze spotyka się obok ego pewną ilość gruczołów, prawidłowo i całkowicie rozwiniętych. Drugi rodzaj budowy jest znamiennym dla zwierząt dorosłych; w podścielisku, złożonem z mięśni i tkanki łącznej, znajdują się tu gruczoły całkowicie rozwinięte, wysłane przybłonkiem wałeczkowatym.

Doświadczenia na psach.

1) *Obustronne wytrzebienie* wykonaliśmy u 4 psów; gruczoł krokowy tych zwierząt badano w 2 do $5^1/_2$ miesięcy po zabiegu. U wszystkich psów operowanych stwierdziliśmy ogólny i szybki zanik gruczołów gruczołu krokowego, rozwijający się w ten sposób, jak to opisaliśmy przed dwoma laty. Ponieważ występowanie zaniku gruczołu krokowego, po wytrzebieniu u psów, jest rzeczą dowiedzioną, przeto niema potrzeby dłużej się nad tem zastanawiać.

2) *Usunięcie jednego jądra* zastósowaliśmy u 5 psów dorosłych. U 2 zwierząt, u jednego po 2, u drugiego po $3^1/_2$ miesiącach, nie zauważyliśmy ani gołem okiem, ani pod drobnowidem żadnych zmian w gruczole krokowym. U 3 innych psów w 3 i $3^1/_2$ miesiące po zabiegu stwierdziliśmy: raz wyraźną nieumiarowość obu połów gruczołu krokowego, raz bardzo nieznaczną różnicę wielkości obu połów, a raz nie znaleźliśmy żadnych różnic. Pod drobnowidem spostrzegaliśmy we wszystkich 3 przypadkach mniej lub więcej wyraźny zanik tkanki gruczołowej; był on jednak znacznie mniejszy od tego, jaki zauważyliśmy po obustronnem wytrzebieniu. Cechą tego zaniku jest to, że obejmuje on wszystkie części gruczołu krokowego jednostajnie, zaledwo nieco silniej zaznaczając się w środkowych, przycewkowych odcinkach tego narządu. dopiero przy bardzo dokładnem badaniu dochodzi się do wniosku, że zanik jest nieco wyraźniejszym w tej połowie gruczołu krokowego, która leży po stronie, pozbawionej jądra.

3) *Obustronne wycięcie przewodów nasiennych.* (Resectio vas. defer.). Zabiegu tego użyliśmy 9 razy. U jednego psa po 3 dniach, u drugiego po miesiącu, nie było ani śladu zaniku w gruczole krokowym. Gruczoły innych 7 zwierząt badaliśmy w 3 do 4 miesięcy po zabiegu, przyczem stwierdziliśmy: raz, brak wszelkich zmian; raz zanik, dotyczący większości rozgałęzień gruczołowych; raz, zanik rozsiany, obejmujący mniejwięcej połowę wszystkich gruczołów; cztery razy zaledwo ślady zaniku, zaznaczonego w niewielu tylko zakończeniach gruczołowych.

4) *Wycięcie jednego przewodu nasiennego.* U 2 psów, w ten sposób operowanych, nie znaleźliśmy po 3 miesiącach żadnych zmian w gruczole krokowym.

5) *Wstrzykiwania wśródjądrowe.* U 6 psów próbowaliśmy, zapomocą wstrzykiwania drażniących płynów w miąższ jąder, wywołać zanik tych narządów. Raz, używszy chlorku cynkowego, znaleźliśmy, w półtrzecia miesiąca po zabiegu, niezupełny zanik jąder i lekki zanik gruczołu krokowego U 5 innych psów wstrzykiwaliśmy śródmiąższowo nalewkę jodową; u wszystkich tych zwierząt zanik gruczołu krokowego był tem znaczniejszy, im większy był zanik jąder. U 2 psów, u których jądra zupełnie zanikły, stwierdziliśmy ogólny i całkowity zanik gruczołów gruczołu krokowego.

6) *Obustronne wycięcie nerwów i naczyń sznurka nasiennego.* (Angioneurectomia funiculi spermatici). Nazwą tą oznaczamy zabieg, pole-

gający na wycięciu pomiędzy dwoma podwiązkami, niewielkiego kawałka wszystkich nerwów i naczyń sznurka nasiennego, prócz tętnicy (arteria deferentialis), oraz towarzyszących jej jednej lub dwóch żyłek i z oszczędzeniem przewodu nasiennego. (Vas deferens).

Po zabiegu tym nastąpił u 2 psów w 3 miesiące zupełny zanik jąder; gruczoł krokowy również zupełnie zanikł. U trzeciego psa, u którego wykonaliśmy nasz zabieg tylko po jednej stronie, zdołaliśmy wywołać bardzo rozległy i znaczny zanik gruczołów gruczołu krokowego, jednakże niektóre rozgałęzienia gruczołowe zachowały jeszcze światło, jakkolwiek przybłonek ich uległ był zwyrodnieniu.

Przeglądając wyniki wszystkich tych doświadczeń, widzimy przedewszystkiem, że zanik gruczołu krokowego związany jest ściśle i bezpośrednio z usunięciem lub zanikiem jąder. Najznaczniejszy, najzupełniejszy zanik gruczołu krokowego wywoływaliśmy bowiem przez obustronne wycięcie nerwów i naczyń sznurka nasiennego. Stosując zaś wytrzebienie po jednej stronie, lub wywołując zanik jednego jądra, stwierdza się zmiany zanikowe gruczołu krokowego, wprawdzie nieco wyraźniejsze po tej stronie, po której operowano, ale rozciągające się także na drugą połowę gruczołu krokowego. Skutki wywołane w gruczole krokowym przez zabiegi na jednem tylko jądrze, zaznaczają się mniej wybitnie, niż skutki zabiegów obustronnych, w niektórych zaś przypadkach zabiegi jednostronne są zupełnie bezskuteczne.

Stosunkowo najlepsze wyniki po wytrzebieniu i wycięciu nerwów i naczyń sznurka nasiennego (angioneurektomii) otrzymaliśmy jeszcze zapomocą śródmiąższowych wstrzykiwań do jąder; tu także zanik gruczołu krokowego zależy ściśle i bezpośrednio od zaniku jąder.

Wycięcie jednego przewodu nasiennego nie sprowadziło żadnych zmian, dostrzegalnych gołem okiem, ani w gruczole krokowym, ani w jądrze. Obustronne wycięcie przewodów nasiennych w niektórych przypadkach nie wywarło żadnego wpływu na gruczoł krokowy; w innych zaś razach pojawił się wprawdzie po tym zabiegu zanik gruczołu, lecz bez porównania mniejszy, niż po innych operacyach.

Opierając się na tych danych sądzimy, że obustronne wycięcie przewodów nasiennych działa jedynie bardzo słabo i bardzo niestale na składniki gruczołowe gruczołu krokowego. Sprzeczność wyników doświadczalnych, zachodząca pod tym względem między nami a innymi badaczami, n. p. Pavonem, tłómaczyć sobie należy w ten sposób, że badacze ci zbyt mało brali w rachubę różnice budowy gruczołu krokowego, istniejące u psów różnego wieku; mianowicie, uważali oni za zanikłe te gruczoły krokowe, które jeszcze nie doszły szczytu swego rozwoju. Należy zresztą zważyć, że, wycinając wraz z przewodem nasiennym mniejszą lub większą część towarzyszących mu naczyń i nerwów, można wywołać zanik jąder a w następstwie, zanik gruczołu krokowego.

Obecnie pragnęlibyśmy zwrócić szczególną uwagę na podany przez nas zabieg, tj. wycięcie naczyń i nerwów sznura nasiennego (angioneurectomia). Wyniki naszych doświadczeń w tym kierunku zgadzają się najzupełniej z wynikami Przewalskiego i Alessandriego, którzy, między innymi, wywoływali zanik gruczołu krokowego także przez przecięcie naczyń i nerwów obu sznurów nasiennych. Sądzimy, że u człowieka można będzie otrzymać wyniki, podobne do wyników naszych doświadczeń. Opierając się właśnie na tych doświadczalnych wynikach, zalecilibyśmy obustronne wycięcie nerwów i naczyń sznurka nasiennego (angioneurectomia fun. sp.) jako środek leczniczy w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, nadmieniając, że jeden z nas wykonał już podobny zabieg w szpitalu Neckera z pomyślnym skutkiem. —

II. Kilka słów o marskości przedsionka sromowego (*Kraurosis vulvae*)

podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Zestawiwszy dotychczasowe spostrzeżenia anatomiczno-patologiczne, zebrane tak wśród obserwacyi klinicznej, jako też i poczynione na skrawkach drobnowidowych, widzimy, że tak w obrazach wolnym okiem widzianych, jako i pod drobnowidem mamy pewne cechujące znamiona właściwe marskości przedsionka sromowego. Już wolnem okiem stwierdzamy takie objawy cechujące jak bardzo znaczne kurczenie się skóry wyścielającej przedsionek sromowy, połączone z bliznowatem stwardnieniem, z zanikiem warg mniejszych, łechtaczki i ze znacznem zwężeniem wnijścia pochwowego. Ze zmian, pod drobnowidem widzianych, musimy przedewszystkiem zaznaczyć cechę zapalną cierpienia. W tej sprawie zapalnej musimy rozróżnić dwa okresy (Martin, Peter), a mianowicie: okres pierwszy, w którym widzimy zmiany stosunkowo świeże, t. j. obrzęk zapalny, nacieki i złogi wypocinowe. Następnie stwierdzamy wybitne nowotworzenie w niektórych warstwach a mianowicie głównie w warstwie naskórkowej, a temsamem wyraźne zgrubienie warstwy rogowej i sieci Malpighiusza. Wreszcie w tym wczesnym już okresie występuje zanik włókien sprężystych, zmiany dotyczące kształtu powierzchownego brodawek, oraz zmiany w budowie naczyń krwionośnych.

W okresie drugim przedstawia się obraz zupełnie odmienny, powiedziećby można przeciwny obrazowi pierwszego okresu: zcieńczenie i zanik warstwy rogowej naskórka, naciek drobnokomórkowy sięgający głęboko do warstwy podskórnej, zanik wiązek sprężystych tkanki łącznej, spilśnienie i zbliznowacenie skóry właściwej, spłaszczenie warstwy brodawkowej zanik naczyń krwionośnych, gruczołów potnych i łojowych, zanik zakończeń nerwowych.

Dla zaokrąglenia przedmiotu wypada nam powiedzieć słów kilka o rokowaniu i leczeniu.

Od czasu jak Martin uzyskał drogą operacyjną tak świetne wyniki, rokowanie przedstawia się wcale dobrze.

Niektórzy autorowie wspominają o wyleczeniu przez użycie leków na miejsca schorzałe; stósowano przetwory jodowe, rtęciowe i środki przeciwgnilne, kąpiele; przyznaje to i Martin, że widział polepszenie po takiem postępowaniu, Fehling[24]) zaś twierdzi, że mało one skutkują. Dominującem dzisiaj i jedynie słusznem jest leczenie operacyjne, podane przez Martina, a polegające na doszczętnem wycięciu części schorzałych, a względnie całego przedsionka.

Dotychczasowe wyniki są świetne, zniekształcenie, skutkiem wycięcia schorzałej skóry, nieznaczne, a chore czują się dobrze, są swobodne i wolne od dolegliwości. — Po kilkoletniej obserwacyi w jednym tylko przypadku widział

Martin po 4-ch latach nawrót cierpienia, pomimo zabiegu operacyjnego w pobliżu ujścia cewki moczowej i na tylnej ścianie pochwy. Orthmann wspomina też o recydywie po operacyi.

Do spostrzeżeń powyższych pragnę dorzucić własne, zebrane z przypadku, który się odznacza interesującymi szczegółami.

A. H. lat 62, 4 razy rodziła, 3 razy roniła, wszystkie porody ukończone kleszczami Ostatni poród przed 36 laty. Po drugim porodzie cierpiała palenie w okolicy sromowej. Miesiączkowała zwykle 5 dni, zawsze regularnie, bez dolegliwości; od 50 roku życia nie miesiączkuje. Przed 20 laty cierpiała na owrzodzenia w okolicy sromowej, o których nic więcej podać nie umie prócz tego, że przez miesiąc była leczoną i brała kąpiele nasiadowe.

Od 2 lat czuje się chorą, cierpi na bardzo obfite upławy białe, często zielonkawe lub brudne. Z początku uczuwała kłócia przeszywające w kroku. obecnie bólów żadnych nie doznaje. na świąd sromu nie cierpiała nigdy i obecnie go wcale nie doznaje. Najwięcej dokucza jej prężenie i napięcie w kroku żali się na ból i parcie przy oddawaniu moczu, na utrudnione chodzenie skutkiem uczucia spętania w kroku. Mąż po drugiem dziecku miał chorować na jakieś cierpienia weneryczne (z opisu zapalenie gruczołów chłonnych).

Budowa i odżywienie liche, wybitna niedokrewność W narządach wewnętrznych nic osobliwego. Srom słabo owłosiony, wargi większe zaznaczone ciemniejszem zabarwieniem i owłosieniem. Po rozchyleniu warg spostrzega się skórę przedsionka koło uwłosienia biało-różowo zabarwiona, ku wnijściu zaś pochwowemu okazującą białe plamy o wejrzeniu perłowej masy. W miejscu łechtaczki rowek, warg mniejszych ani śladu Blizko wnijścia pochwowego tu i owdzie pęknięcia skóry. W dolnej trzeciej części wargi lewej znajduje się miejsce wielkości dwuhalerówki, żółtawe, o chropowatej powierzchni, na którem widać żółtawy strupek wielkości grochu, suchy, zbity; miejsce to bardzo bolesne. Wnijście pochwowe przedstawia rozwartą szparę, w której widać w górze ujście cewki moczowej, otoczone prawidłową błoną śluzową; tuż nad nią przebiega poprzecznie ostro zaznaczona granica chorobowo zmienionego utkania; poniżej widać wypuklającą się tylną ścianę pochwy, zmienioną podobnie jak i skóra przedsionka. Zmiana chorobowa zajmuje tylko tę część pochwy, która się wypukla i kończy się ostrą granicą na szczycie wypuklenia. Wnijście pochwowe zupełnie niepodatne, palec tylko z trudnością do pochwy wprowadzić można, chociaż na pozór zdawaćby się mogło, że wnijście pochwowe nie jest tak znacznie skurczone. Wprowadzenie palca nader bolesne.

Pochwa w dotyku skórzasta, podeszwowata, na boki niedająca się przesuwać; tylna ściana podatniejsza od przedniej W górnej połowie przedniej ściany pochwy, w odległości 3 cm. od wnijścia pochwowego i w sklepieniu pochwowem, napotyka się guz zbity niepodatny, wielkości dużej spłaszczonej śliwki, poprzecznie ułożony i sterczący do pochwy. W szczycie pochwy i w tylnem jej sklepieniu nierówności zbite, twarde, niepodatne; części pochwowej, jako takiej rozróżnić nie można. Z powodu niepodatności kanału pochwowego, badanie zestawione przez pochwę przeprowadzić się nie daje. Po wyjęciu palca, odpływ obfity gęstej krwawej, brudnej wydzieliny. Badanie zestawione, dokonane przez odbytnicę, wykazuje walcowatą i zbitą pochwę, w górnej części zgrubiałą, na szczycie której czuć można bardzo małe, w zaniku będące, ciało macicy, przechylone na stronę prawą i ku zatoce krzyżowo-biodrowej prawej. Trąbki jajniki, więzy okrągłe nie okazują nic osobliwego. Więzy szerokie u podstawy nie naciekłe. Mocz wykazuje 0.004% białka, zresztą składniki w ilości prawidłowej, cukru nie zawiera

Rozpoznano *kraurosis vulvae*, a nadto zmianę nowotworową w pochwie, przechodzącą na część pochwową i szyję zanikającej macicy. Przyroda nowotworu nie dawała się z badania dotykiem określić. W celu stwierdzenia i dokładniejszego rozpoznania wycięto z całej szerokości dolnej części przedsionka, po stronie lewej, pasek skóry, długi na 2 cm. i wydobyto ostrą łyżeczką kawałki z guza, położonego w przedniej ścianie pochwy.

Miejsce, z którego kawałek skóry wycięto, zeszyto szwem katgutowym; napięcie wśród szycia było znaczne i z trudnością tylko brzegi zranienia do siebie przybliżyć się dały.

Badanie skrawków z wyskrobanych kawałków nowotworu wykazało cechujący obraz raka nabłonkowego, przez co rozpoznanie zostało ustalone.

W pierwszej chwili nosiłem się z zamiarem wycięcia chorobliwie zmienionego przedsionka, w myśl postępowania Martina; gdy jednak zmiana rozciągająca się na pochwę, sklepienia i część pochwową okazała się rakiem, musiałem odstąpić od pierwotnego zamiaru. Wycięcie tylko samej skóry przedsionka, w celu leczenia marskości samej, wydało mi się postępowaniem zbyt połowiczem; musiałem przeto myśleć o wycięciu całej pochwy i macicy.

Umiejscowienie nowotworu rakowego w górnej połowie przedniej ściany pochwy, w miejscu ścisłego przylegania pęcherza moczowego do pochwy, nakazywało się obawiać, że podczas operacyi, trzeba będzie wykonać częściowe wycięcie pęcherza moczowego i to w okolicy, gdzie właśnie leżą ujścia moczowodów.

Uwzględniając nader nędzny stan ogólny chorej niedokrewnej, podjęcie tak znacznego zabiegu nie było zachęcającem i nie wiele dla chorej rokującem. W obec tego, nie mogłem bardzo doradzać zabiegu operacyjnego chorej, która też usłyszawszy, że operacya może być potrzebną, stanowczo oświadczyła, że się na żadną nie zgadza. Przez czas dwumiesięcznego pobytu chorej pod opieką lekarską stosowano leczenie objawowe, pochwę przestrzykiwano roztworami lizolu lub kreoliny.

Nadmienić należy, że ranka, po wycięciu kawałka skóry z przedsionka do badania drobnowidowego, nie zgoiła się przez rychłozrost, ale w trzecim dniu po wycięciu rozeszła się, przedstawiając czyste owrzodzenie. Brzegi owrzodzenia tworzyły w około pas okalający, na 2—3 mm. szeroki, o wejrzeniu perłowej masy; dno wrzodu okazywało żywą, czerwoną ziarninę, określoną ostro odgraniczonym brzegiem. Gojenie się następowało powoli; dno wrzodu, pokryte ziarniną, przedstawiało krążek coraz to mniejszy; robiło to wrażenie, jakby się brzegi wrzodu nad dnem zaciągały. Zagojenie nastąpiło w ten sposób, że prawie znaku nie pozostało, gdzie był kawałek wycięty; przedsionek przedstawiał się po zagojeniu ranki zupełnie tak, jak pierwotnie przed wycięciem.

W szpitalu wybitniejszych zmian niezauważono. Podmiotowo czuła się chora znacznie lepiej; niemiłe objawy w szparze sromowej przestały jej dokuczać; tylko od czasu do czasu żaliła się na dolegliwości przy oddawaniu moczu, który wreszcie, ku końcowi pobytu, bezwiednie w bardzo małych ilościach odpływać począł. Wejrzenie przedsionka prawie nie uległo zmianie, wydzielina z pochwy się tylko zmniejszyła.

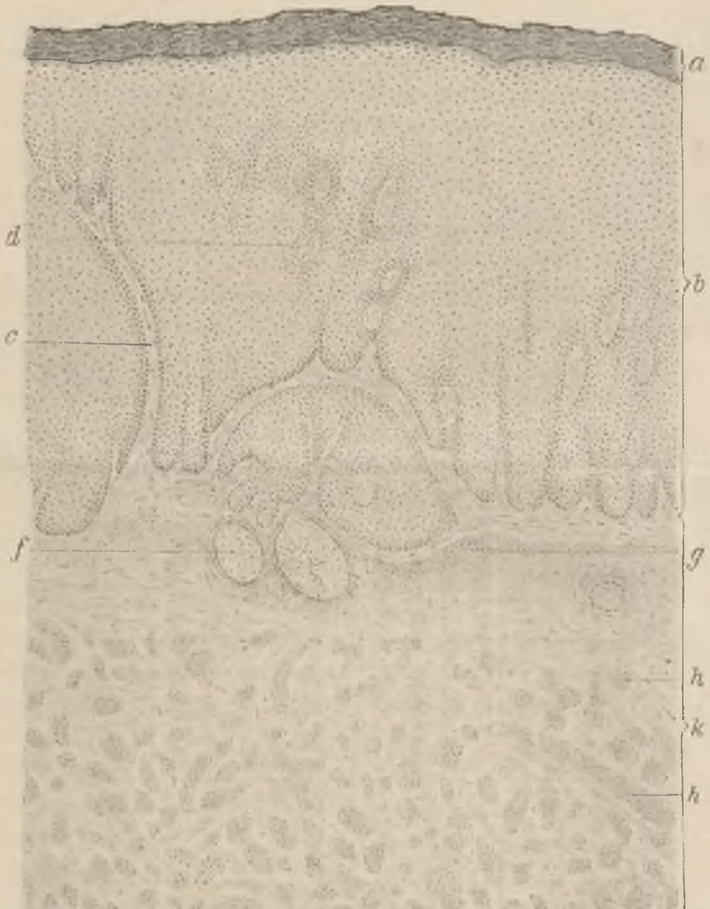
Pragnąc posiąść materyał do porównania, nim przystąpiłem do badania drobnowidowego wyciętego kawałka, wziąłem z kilku świeżych trupów różnego wieku, od 30 do 60go roku życia, takież same skrawki skóry i z tego samego miejsca przedsionka. Jedyne, co stwierdzić mogłem, to było to, że tak dobrze warstwy naskórkowe, jako też i skóry właściwej, były o wiele cieńsze, aniżeli w innych okolicach powłok zewnętrznych; natomiast warstwa tłuszczowa podskórna bogato była rozwinięta.

Badanie drobnowidowe skrawków mikrotomowych kawałka skóry z przedsionka pacyentki wykazało zmiany odbiegające nieco od dotychczas opisywanych.

Warstwa rogowa naskórka znacznie zgrubiała, złożona z płaskich łusek, które nawet i w głębszych warstwach jąder nie wykazują. *Stratum lucidum* nie daje się wcale wykazać, natomiast *stratum granulosum* wyraźne, stosunkowo dość szerokie, z kilku warstw dachówkowatych komórek złożone.

Sieć Malpighiusza znacznie szersza niż w skórze prawidłowej, zbudowana z dużych komórek, posiadających bardzo wyraźne wypustki kolczaste i dobrze barwiące się jądra. Podstawowa warstwa walcowata nabłonka również dobrze utrzymana.

Dolna granica naskórka nie przebiega falisto, jak to się rzecz ma w skórze zdrowej, lecz jest zupełnie równą i płaską, a ztąd też i miazdra *(corium)* wcale nie posiada brodawek jej właściwych, lecz również jest przypłaszczona. Z brodawek tych pozostały tylko gdzieniegdzie jeszcze resztki w kształcie wąziutkich pasemek tkanki łącznej, drążących



dość wysoko w nabłonek. W tych miejscach, gdzie takie pozostałości brodawek skórnych zostały skośnie przecięte, widzimy, w pośród komórek nabłonkowych przyskórka, owalne lub podłużne ogniska łączno-tkankowe, posiadające często w środku przekrój naczynia.

Utkanie skóry właściwej, a mianowicie warstw jej, leżących pod nabłonkiem, także różni się znacznie od utkania skóry prawidłowej. Tu nie widzimy już tych długich, równoległych do siebie, a falisto przebiegających pasem tkanki łącznej, ale mamy do czynienia z utkaniem zbitem, włóknistem, złożonem z grubych włókien tkanki łącznej gęsto obok siebie ułożonych i mocno z sobą poplątanych i spilśnionych, tak, że mamy do czynienia z tkaniną zbitą, niepodatną i mało sprężystą.

Na granicy, między naskórkiem a skórą właściwą, znajdujemy w utkaniu tej ostatniej podłożne, równolegle do nabłonka ułożone smugi nacieku drobnokomórkowego, złożonego z komórek małych, okrągłych i jednojądrzastych, warstwowo-ułożonych. Nacieki te sięgają niżej w głąb skóry.

Naczyń w skórze znalazłem niewiele; a tylko gdzieniegdzie można było napotkać gruczoł łojowy lub potny; porównanie skrawków tych z preparatami, pochodzącymi ze zdrowej skóry, wyciętej z tejże samej okolicy zwłok, wykazuje znaczny zanik tych utworów w naszym przypadku.

Nadmienić mi jeszcze wypada, że odpowiednie zabarwienie skrawków wykazuje w tkance łącznej miazdry *(corium)*, szczególniej w warstwach bliżej nabłonka położonych, znaczną ilość komórek tucznych.

Tkanki tłuszczowej nie znalazłem nigdzie, a włókien sprężystych bardzo mało.

Nerwów ani zakończeń nerwowych, w tych powierzchownych warstwach utkania skórnego nigdzie znaleść nie mogłem.

Dolne warstwy skóry okazują obraz niezwykły, a mianowicie, wśród zbitej tkanki łącznej widzi się mnóstwo przekroi pęczków mięśni gładkich, przebiegających w różnych kierunkach. Gdzieniegdzie przebiegają one podłużnie. Pęczki te przedstawiają się jakby były ułożone w siatce z tkanki łącznej, czyli że mamy tu wybitny obraz nowotworzenia mięśni gładkich *(leo-myoma fibrosum)*.

Zszeregowując nasz przypadek z tymi, które dotychczas były opisane, musimy przyznać, że niewątpliwie mamy do czynienia z marskością przedsionka sromowego, zaczem przemawiają wymownie cechujące zmiany na skórze przedsionka, gołem okiem widoczne, jako też zmiany głębsze, stwierdzone drobnowidem.

Makroskopowo różni się nasz przypadek od dotychczas spostrzeganych tem, że zmiany na skórze przedsionka widziane, nie ograniczają się do wnijścia pochwowego, ale przechodzą na wypuklającą się ze szpary sromowej tylną ścianę pochwy i sięgają na 3 cm. w głąb tejże.

Takie przekroczenie granicy przedsionka spostrzegali G ö r d e s i P f a n n e n s t i e l; dotyczyło ono jednak skóry na około rzyci. Tylko M a r t i n widział na tylnej ścianie pochwy guzek, który uważał za nawrót cierpienia po zabiegu operacyjnym. Mimo woli nasuwa się uwaga, że w przypadkach Gördesa i Pfannenstiela granica ta była przekroczoną w kierunku spływających odchodów ze szpary sromowej. W moim zaś przypadku uderza ta okoliczność, że zajęta była część tylnej ściany pochwy, która, skutkiem wypuklenia się ze szpary sromowej, pozostawała w ścisłem zetknięciu z miejscami chorobowo zmienionemi przedsionka.

Dalej zaznaczyć należy, że to, co M a r t i n i C z e m p i n widzieli, t. j. równoczesne pojawienie się raka, znachodzimy w naszym przypadku także, tylko z tą odmianą, że w przypadku naszym rak był usadowiony na miejscu odległem, w głębi przedniej ściany pochwy i oddzielony od zmian chorobowych, w przedsionku spostrzeganych, 3—4 cm. szerokim odstępem zdrowo wyglądającej ściany pochwowej.

Co się tyczy obrazów drobnowidowych, to te są zbli-

żone bądź do obrazu widzianego przez Petera, bądź też do opisanego przez Neumanna.

Z Peterem zachodzi wspólność w bardzo wyraźnem zgrubieniu warstw przyskórkowych, w umiejscowieniu nacieku drobnokomórkowego tuż pod siatką Malpighiusza, w skórze już właściwej. (Peter widział w tem miejscu świeże złogi wypocinowe); co do Neumanna, aczkolwiek jego preparaty mi nieznane, nie mogę ich zatem porównywać, to przecież według podanego opisu, wspólnem zdaje mi się być zgrubienie warstw naskórkowych i wydłużenie brodawek warstwy brodawkowej.

Peter dostatecznie wykazał, jak sobie zgrubienie warstw naskórkowych należy tłómaczyć i jego wyjaśnienie w zupełności przyjmuję. Nie tak łatwo wytłómaczyć się daje wydłużenie brodawek. Nie zamierzając tworzyć hipotezy, ograniczę się tylko do wrażenia, jakie odniosłem przy oglądaniu skrawków z mego przypadku. Mianowicie, jak to już wśród opisu skrawków zaznaczyłem, sięgają one wysoko w siatkę Malpighiusza; otóż obraz ten mimowoli czyni takie wrażenie, jakoby położone w zagłębieniach między brodawkami, a bujające i mnożące się komórki siatki Malpighiusza, brodawki te zewsząd uciskały, zaczem musiałoby iść ścieńczenie i wydłużenie tych ostatnich tak, że wreszcie częścią zanikły, częścią zaś zamieniły się w długie cienkie wypustki.

Jeżeliby to tłómaczenie widzianych obrazów było słuszne, należałoby przypuścić, że rozrost siatki Malpighiusza nie następuje jednostajnie, ale owszem, że warstwy głębsze, bliżej brodawek położone, szybciej i znaczniej się rozrastają i rozszerzają, aniżeli warstwy bliżej warstwy rogowej położone. Zatem, że w tych miejscach najwybitniej występuje zmiana chorobowa, świadczyłaby ta okoliczność, że tu właśnie, nie gdzieindziej znachodził Peter najwyraźniejsze sprawy zapalne. W każdym razie, zgrubienie warstw naskórkowych, zmiany zanikowe w brodawkach, widoczne zmiany zapalne i obecność gruczołów potnych i łojowych, chociaż nielicznych, przemawia za tem, że przypadek nasz zaliczyćby należało do pierwszego okresu sprawy chorobowej, albo przynajmniej, że przypadek ten należy odnieść do czasu przełomu z jednego okresu w drugi.

Zdaje mi się słusznemby było zestawienie, że przypadek Petera okazuje zmiany z okresu najwcześniejszego gdzie przeważają świeże sprawy zapalne, obrzęki, złogi wypocinowe, obecność leukocytów w tkaninach, gdzie przyszło do zgrubienia warstw naskórkowych, gdzie widoczną już jest utrata włókien sprężystych, gdzie jednak jeszcze nie przyszło do ostatecznego rozszerzenia siatki Malpighiusza i do wybitnych zmian w warstwie brodawkowej; głębsze warstwy skóry zmian nieokazują jeszcze, a gruczoły i naczynia niezmienione.

Przypadek Neumanna i mój należałoby zaliczyć do okresu, w którym już pierwsze objawy zapalne minęły, gdzie bujanie siatki Malpighiusza dalej jeszcze postąpiło i sprowadziło zmiany zanikowe w warstwie brodawkowej z względnem wydłużeniem brodawek, gdzie już zaczynają występować zmiany w głębszych warstwach skóry, a mianowicie w naczyniach i gdzie wreszcie poczyna się zanik gruczołów potnych i łojowych.

Reszta przypadków, w których znaleziono wybitny zanik naczyń, nerwów, brak zupełny gruczołów, należałoby odnieść do okresu, w którym zmiany dosięgły szczytu swego rozwoju.

Niewątpliwie osobliwością w naszym przypadku jest nowotworzenie mięśni gładkich w skórze właściwej. Obecność *leo-myoma* może być uważana jako rzecz przypadkowa, albo też możnaby sądzić, że czynnik przyczynowy może wywierać wpływ pobudzający na różne tkaniny skóry i tworzyć powikłania różnej natury.

Interesującem by było rozstrzygnąć pytanie: skąd wychodzi to bujanie komórek mięśni?

Na pytanie to stanowczo odpowiedzieć trudno. — Na podstawie jednak naszych preparatów możnaby wypowiedzieć przypuszczenie, że to bujanie komórek mięśni gładkich wychodzi z mięśni gładkich, znajdujących się w ścianach naczyń.

Przypuszczenie to możnaby oprzeć na tem, że na niektórych przekrojach poprzecznych pęczków mięśni gładkich między komórkami widać szczelinę, a w niej ciałka krwi czerwone.

Objaśnienie ryciny.

a) Stratum corneum.
b) rete Malpighii (stratum mucosum).
c) wydłużone brodawki skórne.
d) skośny przekrój szczytów wydłużonych brodawek
f) gruczoł łojowy.
g) naciek drobnokomórkowy.
h) przekroje wiązek mięśni gładkich.
k) Corium.

Literatura.

[1]) Breisky — Zeitschr. f. Heilk. Bd, VI p. 69. Centralbl. f. Gyn. 1885 p. 358.
[2]) Fleischmann — Prager med. Wochenschrift 1886 Nr. 36. Centralbl. f. Gyn. 1887 p. 663.
[3]) Janowski — Monatschrift f. prakt. Dermat. 1888 p. 951 Centralbl. f. Gyn. 1889 p. 367.
[4]) Orthmann — Zeitschr. f. Geb. und Gyn. Bd. XIX 283 p.
[5]) Hallowel — Centralbl. f. Gyn. 1892 p. 743.
[6]) Hatchette — Jaresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1893 p. 206.
[7]) Bartels — Inaug.-Diss. 1892. Centralbl. f. Gyn. 1893 p. 822.
[8]) Reed. — Jaresb. u. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1894 p. 239.
[9]) Rona — Jaresb. üb. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1894 p. 240.
[10]) Martin — Samlung klin. Vortr. N. F. 102.
[11]) Peters — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 297.
[12]) Gördes — Monatschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. III. 305.
[13]) Czempin — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 34 p. 460.
[14]) Neumann — Wien. klin. Wochenschr. 1896 p. 211.
[15]) Frederick — Jahresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1891 p. 795.
[16]) Veit — Handb. d. Gyn. 1898 Bd. III. p. 144.
[17]) Pfannenstiel — Centralbl. f. Gyn. 1897 p. 1535.
[18]) Johnston — Centrabl. f. Gyn. 1895 p. 1143.
[19]) Elischer — Jahresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1894 p. 240.
[20]) Lengyear — Jahresb. ü. Fort. d. Geb. u. Gyn. 1895 p. 242.
[21]) Sänger — Centralbl. f. Gyn. 1894, 311.
[22]) Levin — Centralbl. Gyn. 1894. 310.
[23]) Fischel — Centralbl. f. Gyn. 1885 p. 358.
[24]) Fehling — Lehrb. f. Frauenkrankheiten 5. 87.

III. Z szpitala powszechnego w Białej.

Rzekome zapalenie wyrostka robaczkowego.

Podał

Dr. Józef Bogdanik.

Przedmiotem niniejszej pracy będzie przypadek, który, zdaje się, stanowi unikat w literaturze, a dokładne rozpoznanie którego przed operacyą było niemożebnem. Co więcej,

dotąd jeszcze żaden z kolegów nie rozpoznał preparatu uzyskanego przy operacyi.

Zygfryd P., lat 24 liczący, dobrze zbudowany, z znaczną na swój wiek podściułką tłuszczową, cierpi od trzech lat na wolną przepuklinę pachwinową po stronie prawej, która czasami wypada, lecz zawsze daje się odprowadzić. W dniu 17/8 1897 r. zachorował on nagle wśród wymiotów i znacznych bólów w okolicy kątnicy. Gdy się stan, mimo leczenia, nie poprawił, odesłano go do szpitala dnia 19/8.

Twarz chorego wyraża cierpienie, ciepłota ciała 37·8° C, tętno 104 razy na minutę. W okolicy kątnicy (coecum) stwierdza się guz bolesny, rozciągający się wzdłuż talerza biodrowego ku prawemu łukowi żebrowemu. Skóra po nad guzem zaczerwieniona; stolca i wiatrów nie ma; wymioty częste. Zalecono choremu nastój makowca i zimne okłady z pół procentowego rozczynu kreolinowego. Ciepłota ciała podniosła się wieczorem do 38·9° C., chory miał w nocy znaczne bóle, nazajutrz oddał stolec. Odtąd się stan poprawił, stolec i wiatry odchodzą, ból ustąpił całkowicie, a od 23/8 ciepłota ciała stała się prawidłową.

Dnia 30/8 zaczerwienienie skóry zupełnie znikło, guz w okolicy kątnicy jednak utrzymuje się, lecz ból przy dotykaniu całkiem nieznaczny. Prawy kanał pachwinowy drożny dla palca, przy kaszlu czuć można uderzenie jelita o palec, lecz worek przepuklinowy nie wypełnia się treścią. Podczas dwunastodniowej obserwacyi szpitalnej można było dojść do przekonania, że mamy do czynienia z prawą, wolną przepukliną pachwinową i z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Ponieważ objawy zapalne ustąpiły, sądziłem, że nastała pora, w której wskazanąby była operacya, na którą się chory zgodził.

W uśpieniu chloroformowem poprowadziłem dnia 30/8 cięcie, jakby do operacyi radykalnej Bassiniego, którą równocześnie wykonać zamierzałem. Oddzieliwszy sznurek nasienny i naczynia od worka przepuklinowego, uczułem w worku sznurek cienki. Naciąłem tedy worek i przekonałem się, że jest to cienki skrawek sieci, skręcony nakształt grubego szpagatu. Koniec tego sznurka przyczepiony był do szczytu worka przepuklinowego, dośrodkowa zaś część gubiła się w okolicy kątnicy, gdzie wyczuć można było guz. Celem oddzielenia guza przedłużyłem cięcie w powłokach brzusznych ku górze aż do prawego łuku żebrowego, przytem przeciąłem otrzewnę ścienną, mocno z guzem zrośniętą. Oddzielając ostrożnie otrzewnę od guza, przekonałem się, że stanowi on ciało dosyć zbite o powierzchni marmurkowanej brudnożółtej. Robił on wrażenie tkanki nacieklej, znajdującej się w okresie rozpadu, a miejsca przeświecające przez powierzchnię jakby ugotowana jagła, wydawały się ogniskami ropnemi, co się w dalszym ciągu okazało błędnem. Gdy bowiem od guza oddzieliłem otrzewnę aż blisko do łuku żebrowego, pokazało się, że jest to sieć zwyrodniała, mocno przerosła i zrośnięta silnie z otrzewną ścienną. Górny jej koniec pęczkami podwiązałem katgutem karbolowym, potem go odciąłem i zanurzyłem część dośrodkową w jamie otrzewnowej. Część obwodową odciętą chwyciłem ręką i oddzieliłem ją na tępo ku dołowi. Przytem się pokazało, że sieć nietylko z otrzewną była złączoną, ale i z częścią wstępującą kiszki (colon ascendens), z pętlami jelita i z kątnicą (coecum). Nieco przekrwiony i zgrubiały, lecz zresztą zdrowy wyrostek robaczkowy całkowicie był wsuniętym w sieć zwyrodniałą, z której atoli na tępo wyłuszczyć się dał. Oddzieliwszy następnie i trzewa przyczepione do sieci, przekonałem się, że sieć ta, oprócz wypustki sznurkowej w worku przepuklinowym, o czem już poprzednio wspomniałem, wsuwa się aż do miednicy małej. Część tę również na tępo palcami oddzieliłem i teraz dopiero cała sieć zwyrodniała wydobyć się dała. Oczyściwszy pole operacyjne gazą wyjałowioną, spoiłem ranę w ścianie brzusznej szwem piętrowym, szyjąc otrzewnę, pochewki mięśniowe i przecięte mięśnie katgutem karbolowym, a skórę katgutem chromowym. Po zaszyciu rany w ścianie brzusznej, od łuku żebrowego do wyrostka górnego przedniego, wsunąłem sączek do miednicy małej i wykonałem operacyę radykalną przepukliny, według metody podanej przez Bassiniego, po której to operacyi dotychczas najlepsze mam wyniki. Ranę opatrzyłem gazą jodoformową. Operacya trwała 105 minut.

W dniu operacyi chory kilkakrotnie wymiotował i żalił się na znaczny ból żywota, który dopiero w południe następnego dnia ustał. Wiatry odchodzą, bębnicy nie ma. Wieczorem dnia następnego po operacyi, t. j. 31/8, podniosła się ciepłota do 37·5° C., lecz już następnego wieczora, gdy chory po olejku rącznikowym dwukrotnie się wypróżnił, wynosiła tylko 36·9° C. W dniu 3/9 zmieniłem opatrunek poraz pierwszy i usunąłem sączek z jamy otrzewnowej. Rana była zabliźnioną doraźnie, z wyjątkiem skrawka $2\frac{1}{2}$ ctm. długiego w górnym odcinku. W dalszym przebiegu pooperacyjnym chory gorączkował od 12/9 do 16/9, a ciepłota ciała dochodziła do 39·0° C. Obserwacya okazała, iż przyczyną gorączki był ropień, który się utworzył w ścianach brzusznych, nieco na wewnątrz od blizny polaparotomijnej. W dniu 21/9 opuścił chory szpital z raną zupełnie zabliźnioną i odtąd ma się zupełnie dobrze.

Wycięta część zwyrodniałej i zgrubiałej sieci ma 35 ctm. Część górna odcięta ma szeroką podstawę, zwęża się w części środkowej i zakończoną jest u dołu wypustką sznurkowatą po stronie prawej, która przyczepioną była do końca worka przepuklinowego, a po lewej stronie stanowi maczugowate zgrubienie.

W przypadku niniejszym niemożebnem było dokładne rozpoznanie przed operacyą; wszystkie objawy bowiem przemawiały za tem, że mamy do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego. Zapalenie zlepne wyrostka robaczkowego nawet rzeczywiście istniało. Przypadek niniejszy jest nadto i wyjątkowym; w dostępnej bowiem literaturze drugiego nie znajduję. Niedokładne rozpoznanie tem bardziej należy usprawiedliwić, że dotąd jeszcze żaden z kolegów, którym preparat pokazywałem nie zdołał rozpoznać, co to jest. Przypuszczali wszystko inne, tylko nie sieć.

IV. Kilka uwag o t. zw. przeroście gruczołu krokowego.

Z powodu pracy Dra Motza p. t. „Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego“.

napisał

Docent Dr. Stanisław Ciechanowski.

O stosunkach, łączących gruczoł krokowy z jądrami, niewiele dotychczas wiadomo. Spostrzegano, że w przypadkach zatrzymania rozwoju jąder zatrzymuje się niekiedy rozwój gruczołu krokowego; doświadczalnie można prawie na pewno wywołać zanik gruczołu krokowego zapomocą wytrzebienia; zauważono również, że w niektórych przypadkach gruczoł krokowy, nawet chorobowo powiększony, czyli, jak zwykle się mówi, przerosły, po wytrzebieniu zanika także u ludzi; w końcu, na podstawie wprawdzie tylko klinicznych, a więc niezupełnie ścisłych badań, utarło się przekonanie, że rozwój gruczołu krokowego postępuje zupełnie prawie równolegle ze wzrostem i rozwojem jąder.

Z danych tych można wprawdzie wnosić, że pomiędzy czynnością i rozwojem gruczołu krokowego i jąder istnieje związek ściślejszy; nie wiemy jednak dotychczas, co pośredniczy w oddziaływaniu jąder na sterczą, czy to skutki wpływów nerwowych (jak to się przypuszcza), jakiemi drogami wpływy te z jąder do gruczołu krokowego dochodzą, i w końcu, jaki tych wpływów zakres i charakter.

Mimo to, na zasadzie samych tych tylko dość nieobfitych danych, o których wspomniałem, powstało już kilka zapatrywań, usiłujących wyjaśnić powstawanie „przerostu“ gruczołu krokowego wyłącznie wpływem czynności jąder. Najwybitniejszym wyrazem kierunku, w którym się te zapatrywania i przypuszczenia do niedawna prawie wyłącznie poruszały, było zdanie Mac-Ewana[1]). Da się ono streścić krótko w twierdzeniu, że jądra wywierają wpływ regulujący

[1]) Wiener med. Presse 1897.

na rozwój gruczołu krokowego. Jeżeli jednak w starości, wskutek zaniku jąder, mającego się zdarzać dość często, wpływ ten ustanie, wówczas gruczoł krokowy posuwa się w swym rozwoju poza granice fizyologiczne, czyli przerasta.

Roztrząsać zagadnienie, czy istotnie tak zwany przerost gruczołu krokowego, może być uważany za dalszy niejako ciąg fizyologicznego jego rozrostu, zdaje mi się zupełnie zbyteczne. Wszystkie bez wyjątku prawie dotychczasowe histologiczne prace dają na takie zagadnienie stanowczo przeczącą odpowiedź, już przez to samo, że jednozgodnie stwierdzają istnienie chorobowych zmian budowy w przerosłym gruczole krokowym.

Jednakże pomijając nawet to zagadnienie, nielogiczność teoryi Mac-Ewana i innych podobnych zapatrywań odrazu rzuca się w oczy. —

Powszechnie bowiem (autorowie omawianych właśnie przypuszczeń nie stanowią tu wyjątku —) przypisuje się zanik czy to prawidłowego, czy powiększonego gruczołu krokowego, następujący niekiedy po wytrzebieniu u ludzi i zwierząt, tej okoliczności, że wpływ jąder przestał działać. Jakże można więc tymsamym zupełnie czynnikiem chcieć wytłómaczyć rzecz zupełnie odwrotną, mianowicie powiększenie się gruczołu krokowego?

Jakkolwiekbądź jednak, zważywszy brak dokładniejszych danych, świadczących o ścisłej równoległości rozwoju jąder i gruczołu krokowego, zdawało mi się korzystnem, przy sposobności innych poszukiwań [2]), zbadać rzecz tę nieco szczegółowiej, uwzględniając przedewszystkiem, jakim zmianom ulegają wzajemne stosunki obu narzadów w stanach chorobowych każdego z nich. Sądziłem bowiem, że badania anatomiczne, z miarą i wagą w ręku, mogą zagadnienia te nieco lepiej wyświetlić, niż badania kliniczne, w rodzaju badań Englischa, narażone zawsze więcej na błędy podmiotowe i niezdolne z całą dokładnością oznaczyć ścisłemi liczbami stosunków tych w każdem ze spostrzeżeń.

Badań moich w tym kierunku, rozpoczętych jeszcze przed oddaniem do druku pracy mojej o tzw. przeroście gruczołu krokowego [3]), do dziś dnia nie ukończyłem. Nie rozporządzając obecnie dostatecznie obfitym a mnie dostępnym materyałem, musiałem je na czas jakiś przerwać i posiadam dotychczas zaledwo kilkadziesiąt spostrzeżeń, gdy tymczasem, chcąc mieć wyniki dość pewne, należy ich zebrać kilka tysięcy, a już co najmniej kilkaset.

Mimo to już obecnie zarysowują się w badaniach tych pewne szczegóły, zasługujące mojem zdaniem na uwagę. Jednym z nich jest to, że wielkość i waga zupełnie rozwiniętych prawidłowych jąder, i zupełnie rozwiniętego prawidłowego gruczołu krokowego waha się u różnych osobników w stosunkowo szerokich granicach. Nie ma w tem zresztą nic nowego, nic takiego, coby wykraczało poza szranki codziennych spostrzeżeń klinicznych i dawniejszych poszukiwań anatomicznych; miara i waga potwierdziły tutaj raz jeszcze rzecz oddawna i powszechnie znaną. Istnieją zresztą, obok badań Bischoffa i Krausego, bardzo dokładne pomiary wielkości i wagi prawidłowego gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn, dokonane jeszcze przed dwudziestu przeszło laty przez Iversena [4]), a obejmujące znaczną liczbę spostrzeżeń (dwieście trzy). Cenny ten materyał poucza, że zupełnie rozwinięty prawidłowy gruczoł krokowy może być u jednego osobnika prawie w dwójnasób większy niż u drugiego; w badaniach moich, zgodnie zresztą w zasadzie [5]) z liczbami, podanemi przez dawniejszych badaczy, stwierdziłem, iż z jednej strony zdarzają się gruczoły krokowe, ważące tylko 14 gramów, z drugiej dochodzące do 22 gramów, a nawet wyjątkowo do 24 gramów, pomimo, iż jedne i drugie pochodzą z osobników w sile wieku i nie przedstawiają żadnych nieprawidłowości ani gołemu oku, ani pod drobnowidzem. Te same mniej więcej wahania okazuje objętość gruczołu krokowego.

Zupełnie podobnie zachowują się jądra, których waga w stanie prawidłowym waha się według moich, niezbyt zresztą licznych, jak wspomniałem, pomiarów; — od 16 do 25 gramów.

Drugim dość ciekawym szczegółem, potwierdzającym to, co oddawna wiadomo o innych parzystych narządach, jest zdarzająca się dość często nierówność obu jąder. Jestto również rzecz, znana dobrze klinicystom; dotychczasowymi pomiarami nie stwierdziłem większej różnicy wagi między obu jądrami, jak 1·5 do 2·5 gramów [6]). Być może, że dalsze badania wykażą większe różnice; w każdym razie ciekawą jest okoliczność, że niekiedy (dotychczas posiadam dwa takie spostrzeżenia) daje się w tych razach zauważyć bardzo lekka różnica w rozwoju obu połów gruczołu krokowego, a mianowicie mała przewaga rozmiarów tej połowy, która odpowiada większemu jądru.

Wobec wahań osobniczych w wielkości jąder i gruczołu krokowego, należało pomyśleć o tem, jakby ściślej porównywać rozmaite spostrzeżenia między sobą. W tym celu użyłem wykładnika, oznaczającego względny stosunek ciężaru obu jąder do ciężaru gruczołu krokowego:

$$\frac{\text{Cieżar jąder}}{\text{Cięžar gruczołu krokowego}} = a \text{ (około 2, do 2·3)}$$

Dotychczasowe badania moje zdają się wskazywać, że ten wykładnik *a* jest w prawidłowych przypadkach u dorosłych mężczyzn ilością dość stałą, wahającą się w pewnych dość ostrych granicach. Natomiast w przypadkach tak zwanego „przerostu“ gruczołu krokowego otrzymywałem liczby zupełnie inne, przemawiające za tem, że wówczas ginie wszelka równoległość między jądrami a gruczołem krokowym.

Nie wyprowadzając z danych tych dziś jeszcze żadnych stanowczych wniosków, bo być może, że liczniejsze pomiary do innych przywiodą mnie wyników, zachowuję też podanie wszelkich szczegółów do ukończenia badań. Jednak już nawet te dane zdają się zyskiwać na wartości w oświetleniu bardzo ciekawych spostrzeżeń, zebranych niedawno przez Dra Motza [7]).

[2]) W sprawie zmian starczych jąder i ustawania czynności płciowych u mężczyzn.

[3]) Przegląd chirurgiczny 1897, 8.

[4]) Hypertrophia prostatae. Monografisk Fremstillet. Kopenhaga 1873.

[5]) Pomijając małe różnice w liczbach średnich, łatwe do wytłómaczenia. Bischoff podaje jako średnią wagę 20·5 grm. Krause 19 gr. (Vierordt Anatomische Daten u. Tabellen); ja znalazłem dotąd średnią wagę tylko 17·5 gr.

[6]) Dursy uważa za średnią różnicę 3 gramy: prawe jądro 23, lewe 26 gramow.

[7]) Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego. Przegląd lekarski 1898. Nr. 1. 2.

Spostrzeżeń tych dokładniej streszczać nie potrzebuję, jako dobrze znanych i świeżo w pamięci tkwiących; wystarczy przypomnieć, że Dr. Motz stwierdził klinicznie: 1) Większą częstość miażdżycy tętnic obwodowych u osobników, dotkniętych wyższymi stopniami przerostu gruczołu krokowego; 2) Większą częstość wyższych stopni przerostu gruczołu krokowego u osobników, obdarzonych większemi jądrami; 3) W niektórych przypadkach równoczesną nieumiarowość (asymetryę) przerosłego gruczołu krokowego i nieumiarowość jąder.

Na zasadzie tych klinicznych spostrzeżeń wnosi Dr. Motz, że tak zwany przerost gruczołu krokowego wywołany jest przez większą żywotność narządu płciowego u niektórych osobników, czyli jak się wyraża: „rzeczywisty przerost gruczołu krokowego nie jest niczem innem, jak tylko rozwojem prawidłowym, lecz przedłużonym tego gruczołu, zależnym od większej energii życiowej narządu płciowego“; za podstawę do tego wniosku służy stwierdzenie, „że częstość występowania przerostu dużego stopnia wzrasta szybko, odpowiednio do wielkości narządów płciowych zewnętrznych“.

Drugim czynnikiem przyczynowym, wzmagającym przerost gruczołu krokowego, jest według Dra Motza przekrwienie narządu moczopłciowego, będące następstwem miażdżycy dużych pni tętniczych.

Jestto więc nowa teorya powstawania przerostu gruczołu krokowego pod wpływem czynności jąder; od dawniejszych różni się tem, że jest zręczniejszą i logiczniejszą, oraz tem, że opiera się na obfitych spostrzeżeniach klinicznych, dotyczących wyłącznie tzw. „prostatyków“, a więc na materyale znacznie lepszym, niż ten, którym rozporządzał Englisch. — Pozostawiając omówienie zapatrywań Dr. Motza na później, pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę, że spostrzeżenia Dra Motza, mimo pozornych sprzeczności, mogą zupełnie posłużyć do potwierdzenia wniosków moich o zapalnem tle przerostu gruczołu krokowego, wypowiedzianych i uzasadnionych gdzieindziej [8])

Z odnośnych badań moich wynika, że powiększenie gruczołu krokowego zależy w pierwszym rzędzie od rozszerzenia, rozdęcia istniejących w nim przestrzeni gruczołowych. Im więcej tych przestrzeni ulegnie rozszerzeniu przez gromadzącą się w nich wydzielinę, najczęściej zmieszaną z zapalną wypociną, tem też znaczniej gruczoł krokowy się powiększy. Jak wykazywałem, już w okresach początkowych sprawy, zwanej „przerostem“, waga gruczołu krokowego może być w dwójnasób prawie wzmożoną (w porównaniu do średniej wagi), chociaż dopiero $^1/_3$ lub nawet $^1/_4$ część wszystkich gruczołowych przestrzeni uległa i to niezbyt znacznemu rozszerzeniu. Stąd też niewątpliwie te gruczoły krokowe, które już w stanie prawidłowym z natury niejako, — jeszcze przed początkiem spraw zapalnych przewłocznych, prowadzących do tzw. „przerostu“ — były większe, więcej mają widoków dojścia do wysokich stopni powiększenia, niż gruczoły krokowe z natury mniejsze, zawierające od początku (a raczej od szczytu rozwoju) bezwzględnie mniej przestrzeni gruczołowych. — Jest to prawie zupełnie to samo, co dzieje się z torbielami retencyjnymi, których ostateczna wielkość zależy przedewszystkiem od pierwotnej wielkości przestrzeni ulegającej rozszerzeniu wskutek zastoju wydzieliny. Oczywiście mowa tu o tych tylko torbielach zastojowych, w których ścianie nie rozwijają się żadne lub prawie żadne pierwotne sprawy rozrostowe (proliferacyjne.) — Podobieństwo znaleźć można i w innych sprawach chorobowych: przerostu serca np. nie spotykamy nigdy w tak ogromnych rozmiarach u osobników w ogóle niedokształconych, których serce z natury było małe, jak go widujemy u osobników bardzo silnie rozwiniętych, o dużem bardzo sercu.

(Dokończenie nastąpi).

[8]) Przegląd chirurgiczny 1897 8.

V. Wyciągi.

Bechtierew: **Rozszerzanie źrenicy zależne od woli.** (Neurol. Wiestnik III. 1. według Gaz. hebdom.). Nie mogąc korzystać z oryginalnej pracy, podajemy ciekawe spostrzeżenie Bechtierewa według francuskiego źródła: Autor badając chorą, która skarżyła się na ogólne osłabienie i bicie serca, niepokojące ją bardzo w chwili, gdy się udawała na spoczynek, zauważył, iż chora była w możności dowolnie rozszerzać źrenicę prawą, a władzę tę posiadała, jak się okazało, od 5 lat. Z początku mogła to czynić tylko, pochylając się mocno ku przodowi i wpatrując się w przedmiot jakiś; później dochodziła do tej samej władzy siłą woli, doznając przy tem dziwnego wrażenia w oku prawem. Celem doprowadzenia źrenicy do rozmiarów prawidłowych, w jakich się poprzednio znajdowała, potrzebuje chora tylko kilka razy oczy przymrużyć.

Siła nastawcza obu ócz była równa, rozszerzanie się źrenicy przy patrzeniu w dal było nieznaczne w porównaniu do rozszerzania się dobrowolnego. Objawu tego nie można sobie wytłumaczyć dowolnym wpływem powstrzymującym na ośrodek nerwowy dla zwieracza w obec tego, że brak wszelkiego mięśniowego przy tem kurczu, oraz że sprawa odbywa się tylko jednostronnie. Możnaby przypuścić, iż rozchodzi się przytem o wyobrażenie sobie przez chorą bólu lub bojaźni, ale osoba ta zachowuje zawsze przy tem zupełny spokój. Wykluczając więc powyższe sposoby tłómaczenia tego objawu, Bechtierew przypuszcza dowolne działanie, zwrócone wprost na pęczki spółczulne, od których rozszerzanie źrenicy jest zależnem, a za tem zdają się przemawiać dwie okoliczności: 1) w chwili rozszerzania się źrenicy odczuwa chora lekkie wystąpienie gałki i rozszerzenie szpary powiekowej, jak wiadomo zależne także od wpływu n. spółczulnego na mięsień Müllera (musculus palpebralis superior). (Ref.); 2) raz rozszerzona źrenica w tym stanie pozostaje, a powraca do dawnego dopiero przez kilkakrotne zamykanie oka.

Ostatecznego powodu tego dziwnego zjawiska dopatrywać się trzeba w istniejącym stosunku zobopólnym między ośrodkiem psychicznym, a ośrodkiem unerwiającym rozwieracz źrenicy. *Bol. Wicherkiewicz.*

Dr. Karol v. Hoffmann: **Przyczynek do poznania przepuklin wyrostka robaczkowego.** *(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* T. 45). Autor podając 9 przypadków przepukliny wyrostka robaczkowego z kliniki Alberta, zwraca uwagę, że zdarzają się one w ogóle u osobników młodych płci męskiej; są w przeważnej części wrodzone, a wyjątkowo tylko dają objawy uwięźgnięcia. Rozpoznanie jest trudne; ale przy dokładnem badaniu — możliwe. Leczeniu radykalnemu towarzyszyć winna zawsze resekcya wyrostka robaczkowego, bez względu na to, czy przy operacyi znaleziono w nim jakie zmiany, czy też nie. *St. D.*

Dr. Eugen Voswinckel: **O leczeniu zastarzałych otoków opłucnowych zapomocą rozległych resekcyj żeber.** (*D. Z. f. Ch.* T. 45.) V. zestawia 129 przypadków zebranych z literatury operacyi, ogólnie znanej pod nazwą torakoplastyki Estlandera, do nich dodane 6 własnych przypadków i, na podstawie tego zestawienia, przychodzi do

wniosku, że operacya ta, wobec starych otoków, jest skuteczną nawet u osobników gruźliczych; za wskazanie uważa uporczywość otoku, a za przeciwskazanie tylko ostateczne wycieńczenie chorego; operacyę poleca wykonywać radykalnie, przy czem należy usunąć jak najdokładniej zgrubiałą tkankę międzyżebrową, a ujemnych skutków, — jak skrzywienie kręgosłupa, zniekształtnienie klatki piersiowej, jakoteż zmian czynnościowych kończyny górnej, nie należy się zdaniem autora obawiać. *St. D.*

Rubeska. **O ochronie międzykrocza przy wytaczaniu główki następującej** (*Centralbl. für Gynäkologie* 1897, Nr. 19). Przy wytaczaniu główki następującej zanadto mało zwraca się uwagi na ochronę międzykrocza, poświęcając je ze względu na szybkie uwolnienie główki, a przecież ochrona międzykrocza ma tożsamo znaczenie, co przy główce poprzedzającej. Dlatego autor podaje swój łatwy do wykonania sposób. R., w chwili urodzenia się główki dziecka po usta, chwyta ręką, która spoczywała na karku dziecka, za nóżki i unosi je silnie ku górze, następnie, stanąwszy z boku, układa wyprostowane palce drugiej ręki na międzykroczu (podobnie jak przy wytaczaniu główki metodą Ritgena), a wielki palec wsuwa do ust dziecka i opiera go o wyrostek zębodołowy szczęki górnej. W ten sposób ułożoną ręką wytacza R. powoli główkę, podtrzymując równocześnie wyprostowanymi palcami napinające się międzykrocze. Ponieważ usta i nos dziecka są podczas tego wolne, dziecko może swobodnie oddychać, a nawet operujący jest w stanie usunąć palcem lub elastycznym cewnikiem śluz z krtani, nie spiesząc się nadmiernie z wytaczaniem główki. *Ww.*

Beuttner: **O mięsieniu ginekologicznem w wysokiem ułożeniu miednicy.** (*Centralblatt für Gynäkologie* 1897, Nr. 19). B. poleca stosować mięsienie w pochyłem ułożeniu chorej z podniesioną wysoko miednicą, gdyż wtedy:

1) skośne mięśnie brzucha wolnieją zupełnie,

2) jelita, opadając ku przeponie, nie utrudniają mięsienia, szczególnie przy tłustych powłokach,

3) chore po takiem mięsieniu czują się mniej znużone,

4) macica wraz z przydatkami opada ku górze, a tem samem chore narządy stają się łatwiej dostępne dla ręki działającej od zewnątrz, wreszcie i lekarz sam mniej się męczy przy tem ułożeniu chorej. *Ww.*

Alföldi. **Kilka słów o cierpieniach płciowych u dziewcząt.** (*Wiener medicinische Presse*, 1897. Nr. 44). Autor zwraca uwagę na częste u dziewcząt dorastających cierpienia jajnikowe, które występują pod postacią zboczeń żołądkowych. Chodzi zazwyczaj w tych przypadkach o zapalenie jajników u osobników, dotkniętych wybitnemi zołzami. Cierpienie, rozwijające się powoli, charakteryzuje się bólami w krzyżach i lędźwiach, z początku występującymi tylko podczas regularności; z czasem bóle stają się ciągłymi, a peryody nieregularnymi, przechodzącymi niekiedy w wybitne krwawienia miesiączkowe (menorrhagiae). Prócz tego spotykamy objawy ze strony żołądka, jak brak apetytu, nudności, gniecenie w dołku podsercowym, zaparcie stolca i charakterystyczny ból w okolicy mostka. Przy badaniu *per rectum* napotyka się w takich przypadkach jajniki powiększone, przybierające jeszcze na wielkości podczas peryodu. Leczenie polega głównie na przebywaniu na świeżem powietrzu, kąpielach solankowo-jodowych i dobrem odżywianiu chorej. *Ww.*

Fasano (Neapol.): **Kliniczne doświadczenia z kseroformem.**

(Referat z „*Arch. internat. di med. e chir.*" 1897 r.). Kseroform, podawany w ilości 4—7 grm. dziennie w zawiesinie gumowej, lub w opłatkach (0·50 co 2—3 godzin), okazał się świetnym przeciwgnilnym środkiem jelitowym, lepszym od dotychczas używanych: salolu, bensonaftolu, salicylanu bismutowego i t. d. W moczu ilość indykanu, który jest wykładnikiem spraw rozkładowych w jelitach, zmniejszała się znacznie; po kilku dniach nie można już było otrzymać z kału hodowli prątków okrężnicowego i durowego, a również jadowitość moczu i kału zmniejszała się bardzo. Środek usuwał w krótkim czasie biegunkę i inne objawy chorobowe ostrego, przewlekłego nieżytu jelitowego, oraz cholery swojskiej.

Znoszony był zawsze doskonale przez osoby starsze i dzieci i nie wywoływał nigdy uczucia gniecenia, lub wymiotów, owszem sprowadzał często uczucie ulgi.

Korzystny wpływ stwierdzono także w samozatruciach, śpiączce cukrzycowej i mocznicy. W gruźlicy jelit u dzieci sprowadzał kseroform, przynajmniej w połowie przypadków, znaczną poprawę, a nawet ustąpienie objawów klinicznych. Poprawa pojawiała się jednak dopiero po kilku tygodniach. Przy wrzodach gruźliczych krtani, zastósowany w postaci zadmuchiwań, działa kseroform kojąco i przeciwkrwotocznie i usuwa po paru miesiącach wrzody a nawet i nacieki. — W wypryskach, połączonych z ropieniem (*impetigo*) i przy wypryskach zołzowych, n. p. nosa, skutek był prawdziwie nadspodziewany.

Kseroform byłby więc środkiem przeciwgnilnym, swoistym przeciw wielu prątkom jelitowym, byłby środkiem ściągającym, wysuszającym, kojącym i przeciwkrwotocznym. *L.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Posiedzenie naukowe u 10 Grudnia 1897.

Przewodniczący kol. Wiczkowski. Członków obecnych 42.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Mehrer przedstawił przypadek złamania rzepki, leczony sposobem Stimsona.

Kol. Ziembicki zwrócił uwagę, że zupełnie podobna metoda została opisaną przed 6-ciu laty przez Bergera pod nazwą: *cerclage de la rotule*.

3) Kol. Ziembicki przedstawia:

a) Chorą, u której usunięto metodą Doyen'a macicę, dotkniętą jednocześnie włókniakiem i nabłoniakiem, a obok tego torbiel jajnika. Przebieg pomyślny, pomimo wielkich trudności operacyjnych.

b) Dziewczynkę, u której wykonano tracheotomię i faryngotomię Malgaigne'a, w celu usunięcia nowotworu, umiejscowionego ponad więzadłami głosowemi. Wewnątrzkrtaniowego sposobu operowania nie można było zastósować, ponieważ dziecko zachowywało się bardzo niespokojnie.

4) Kol. Głuziński Antoni. Przedstawienie preparatów wrzodu żołądka (z uwagami o krwotokach żołądkowych).

Po przedstawieniu ważniejszych dat ze statystyki wrzodów żołądka i przyczyn zejścia śmiertelnego w przebiegu tej choroby, omawia prelegent sprawę chirurgicznego leczenia krwotoków żołądkowych, kładąc nacisk na konieczność porozumienia się przedstawicieli medycyny wewnętrznej z chirurgami co do kwalifikowania przypadków krwotoków żołądkowych. Zdaniem mówcy leczenie powinno być powierzone chirurgowi przedewszystkiem w tym razie, gdy krwotoki nie są duże, lecz powtarzają się w małych odstępach czasu. W podobnych przypadkach chirurg może liczyć na opanowanie krwotoku i radykalne usunięcie cierpienia. Natomiast wielkie, nagłe krwotoki nie nadają się do podobnego leczenia, zwłaszcza te, których przyczyną są wrzody, usadowione w części odźwiernikowej. Wrzody te sięgają nieraz do trzustki i wątroby, a źródłem krwotoku bywa najczęściej przeżarcie ścian grubszej tętnicy. Wobec takich warunków technika operacyjna ma do zwalczenia ogromne trudności; odnalezienie broczącego naczynia w głębi naciekłych tkanek, uchwycenie i podwiązanie ziejącej tętnicy, wszystko to nastręczyć może przeszkody nie do przezwyciężenia. To też statystyka operacyj, podjętych w celu opanowania wielkich, bezpośrednio życiu zagrażających krwotoków żołądkowych, przedstawia się nie bardzo obiecująco, a to właśnie z tego powodu, że wrzody odźwierni-

kowe stanowią najczęstszą przyczynę obfitych krwotoków. Podobne krwotoki z wrzodów usadowionych w innych miejscach ściany żołądka, nie grożą już takiem niebezpieczeństwem i mniej trudności gromadzą przed chirurgiem.

W każdym poszczególnym przypadku wielkiego krwotoku żołądkowego należy przedewszystkiem rozważyć, gdzie umiejscowiony jest wrzód, stanowiący źródło krwawienia. Ważną, pod tym względem, wskazówką rozpoznawczą jest okoliczność, że przebieg krwotoków odźwiernikowych odznacza się najczęściej tem, iż wymioty krwawe są nieznaczne, wielka bowiem ilość krwi schodzi do jelit, choć przytem niedokrwawność zaznacza się wybitnie i czyni bezustanne postępy.

Streszczając przemówienie swoje, dochodzi mówca do następujących wniosków: Operacya jest usprawiedliwioną w przypadkach długotrwałych, nieznacznych, a częstych krwotoków. Chirurgiczne leczenie gwałtownych krwotoków z części odźwiernikowej nie zasługuje na polecenie; jest ono już bardziej uzasadnione w przypadkach większych krwotoków z wrzodów, umiejscowionych na ścianach żołądka.

Po przemówieniu przedstawił prelegent dwa preparaty wrzodów żołądka, pochodzące od osób, które uległy krwotokom żołądkowym.

Kol. Rydygier już przed 20 laty uznał krwotoki żołądkowe, jako wskazania do resekcyi żołądka. W razie wątpliwej lokalizacyi wrzodu, szerokie otwarcie jamy żołądkowej umożliwiłoby odnalezienie broczącego naczynia. Technika operacyjna nie jest tak bardzo trudną. Obkłócie głębokie, z uwzględnieniem przebiegu *art. pancreatico-duodenalis*, okazałoby się niewątpliwie środkiem dostatecznym do opanowania krwotoków odźwiernikowych. Statystyka dotychczasowych wyników operacyjnych nie jest przekonywającą, ponieważ obecnie chirurgowie mają do czynienia prawie wyłącznie z najcięższymi przypadkami — Szanse operacyi poprawiłyby się znacznie, gdyby krwotoki żołądkowe wcześniej poddawane były zabiegom chirurgicznym.

Kol. Wechsler zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze przy oznaczaniu lokalizacyi wrzodów żołądka i wyraża przekonanie, że, wobec dobrych wyników dotychczasowych sposobów leczenia (statystyka Leubego), pomocy chirurga szukać wypadnie tylko w bardzo wyjątkowych okolicznościach.

Kol. Ziembicki sądzi, że operacye, podejmowane w celu tamowania krwotoków żołądkowych, są połączone z wielkiemi trudnościami. Obkłówanie uważa, wobec kruchości tkanek w otoczeniu wrzodu, za sposób bardzo niepewny. Działalność chirurga w leczeniu wrzodów żołądka, powinna się ograniczyć na razie na paliatywnem postępowaniu, t. j. *gastroenterostomii* przy zwężeniach odźwiernika. Operacya ta zmniejsza skłonność do krwotoków.

Kol. Kadyi zwraca uwagę, że wobec anastomoz *art. pancreatico-duodenalis* z *art. mesenterica*, obkłócie nie może być uważane za pewny sposób tamowania krwotoków z głębszych tętnic.

Kol. Pisek sądzi, że operacyjne leczenie krwotoków żołądkowych nie prędko wyrobi sobie prawo obywatelstwa. Przeważna część wrzodów usadawia się na małej krzywiźnie; mówca przypuszczał, że przyczyną tego są różnice w unaczynieniu poszczególnych części ścian żołądka, badania jednak własne nie potwierdziły tego domysłu. Obkłócia broczącego naczynia nie należałoby się obawiać, bo tkanka w otoczeniu wrzodu nie jest kruchą, lecz przeciwnie, bliznowato stwardniałą.

Kol. Rydygier powtarza, że przyczyna dotychczasowych niepowodzeń chirurgów nie leży w trudnościach technicznych, lecz w tej okoliczności, iż tylko najcięższe, beznadziejne niemal, przypadki poddawane bywają operacyi.

Kol. Wehr uważa preparaty kol. Gluzińskiego za bardzo cenne dla chirurgów.

Kol. Gluziński streszcza ponownie wypowiedziane powyżej zapatrywania i zaznacza, że obkłówanie przeżartych naczyń było już niejednokrotnie wykonywane, z ujemnym jednak wynikiem.

5) Kol. Moraczewski. O zatrzymywaniu i nadmiernem wydalaniu azotu i soli mineralnych w organizmie.

Mówca zaznacza na wstępie różnicę, jaka zachodzi w zachowaniu się w organizmie ciał organicznych i nieorganicznych, przypisując pierwszym większą czułość na zmiany, ostatnim trwalszy i poważniejszy wpływ.

W omawianiu zamiany azotu rozróżnia mówca zatrzymywanie azotu normalne — regeneracyja, zgłodnienie — i patologiczne — brak desasymilacyi. — Nadmierne wydzielanie nie wykazuje różnic takich dotąd i świadczy zawsze o zaniku białka.

Zatrzymywanie chlorków polega najprawdopodobniej na zmianach w osmotycznem ciśnieniu, które przez uwodnienie organizmu zachodzi. Uwodnienie dało się dowieść zarówno przez zamianę materyi, jak i przez badanie organów po śmierci. Uwodnienie dotyczy wszelkich organów i dlatego zatrzymywanie chlorków przy wszelkich chorobach się spotyka. Wielkość ich zatrzymania zależy może od wielkości organu. Badanie krwi dałoby może pewne wskazówki. Nadmierne wydzielanie chloru spotykane w cukrzycy i wszelkiej poliuryi, mało jest dotąd badane.

Zatrzymanie fosforu i cała zamiana fosforu w organizmie dotąd wcale badane nie było, oprócz w chorobach kośćca. Autorowi znany jest przypadek leukemii, w której fosfor w wielkiej ilości zatrzymywany bywał i przypadek pseudoleukemii (lymphosarcomatosis), w której wydzielany był nadmiernie. Obok tych wypadków znanem jest nadmierne wydzielanie fosforu w cukrzycy.

Wapno w ostatnich latach zachowaniem swem zainteresowało licznych badaczów. W organizmie zatrzymywane bywa w tych przypadkach, w których inne sole nadmiernie są wydzielane, albo normalne zachowanie zdradzają.

O solach sodu i potasu, o ile takowe badane były, można przypuszczać, że pierwsze idą w parze z chlorem, a drugie z fosforem, nb. fosforem rozpuszczalnym, nie fosforem ziem alkalicznych.

Mówca uważa wyniki dotychczasowych badań za cenne wskazówki leczenia. Sole chlorku wpływają dodatnio w przypadkach zatrzymywania chloru w organizmie. Sole wapna w przypadkach nadmiernego wydzielania tego metalu. Wreszcie w przypadkach zatrzymywania azotu gruczoł tarczykowy okazał wpływ doniosły na cały organizm. Za dalszy wynik badań uważa mówca prawo parodoksalnego zachowania się soli, zmniejszenie się wydzielania pod wpływem dodawania składnika, wydzielanego nadmiernie, albo wydzielanie obfitsze pod wpływem zmniejszania ilości wchodzącego w grę składnika. (Streszczenie własne).

6) Kol. Szpilman przedstawił nowy sposób fotografowania kultur bakteryj i własnego pomysłu epruwetki do hodowli kreskowych.

Sekretarz: *Dr. Feuerstein.*

VII. KORESPONDENCYE.

Z Syberyi.

Miniona zima, wiosna i lato wyróżniały się wyjątkowo znaczną obfitością opadów, co nie mało wpłynęło na rozwój i szerzenie się grasujących tu chorób zakaźnych. Epidemie rozpoczęła ospa, która od paru lat panowała z wielką siłą tak w wielu wsiach kraju Zabajkalskiego, jak i w sąsiedniej Mongolii. Mongołowie i Chińczycy na pograniczu nie używają żadnych środków zapobiegawczych przeciw rozwojowi grasujących chorób zakaźnych; nic też dziwnego, że ospa w roku bieżącym przybrała na wschodzie Syberyi tak wielki rozwój, nie szczędząc i szczepionych. Ludność tutejsza, pomimo ułatwień, niechętnie poddaje się szczepieniu ochronnemu przeciw ospie i jest pod tym względem wielce niedbałą. Samo szczepienie nie zawsze daje tu wyniki dodatnie, gdyż na miejscu brak dobrej krowianki i trzeba ją sprowadzać aż ze wschodnich gubernij Rosyi europejskiej, lub nawet ze stolic; zanim więc dojdzie do miejsca swego przeznaczenia, często rozkłada się i psuje w ciągu długiej podróży, a zdarza się, że nie zawsze świeża bywa wysyłana. Założenie miejscowego zakładu krowiankowego z prywatnej inicyatywy widocznie się nie opłaca, a utrzymywane przez zarządy miejskie i gminy, nie odpowiadają zupełnie swemu przeznaczeniu. Począwszy od zimy, zaczęły się tu pojawiać coraz częstsze przypadki błonicy, nie przybierając jednak cechy epidemicznej. Szczepienie surowicy przeciwbłoniczej stosują lekarze tylko po miastach, gdzie ją sprowadzają z petersburgskiego instytutu medycyny doświadczalnej. Pomimo zastósowania surowicy w kilkunastu przypadkach cięższych nastąpiła śmierć, postacie lżejsze zakończyły się wyzdrowieniem. Surowica zastósowywana na Syberyi nie mogła być śwież-

szą, nad $1^1/_2$—3 miesięczną, licząc od chwili wysłania jej z zakładu.

Wiosną wybuchła silnie epidemia odry i krztuśca, a latem, od końca czerwca, przyłączyły się do nich letnia biegunka i czerwonka. Te dwie choroby corocznie zresztą zabierają tu ogromny odsetek dzieci, szczególnie osesków, a podczas ostatniej epidemii odra łączyła się często z krztuścem, czerwonką i biegunką letnią, co znacznie pogarszało przebieg pierwotnej choroby i zwiększało jeszcze śmiertelność. Choroby wyżej wymienione nawiedziły szczególnie ludność rosyjską, osiadłą po miastach i wsiach; mniej cierpieli mieszkańcy rozsiani na ogromnych przestrzeniach, którzy pomimo wielce niehigienicznych warunków, w których żyją w swych jurtach wspólnie z trzodą i bydłem, wychodzą w takich razach obronną ręką, dzięki takim dobroczynnym czynnikom naturalnej desinfekcyi, jak silne tu panujące wiatry i suszące działanie iskrzących się promieni słonecznych. Zauważono jednak, że naruszenie zwykłej suchości, przynależnej tutejszemu lądowemu klimatowi, w obfitości opadającej wilgoci, nie uchodzi bezkarnie.

Z wprowadzeniem wielkiej reformy sądowej nastąpiła do pewnego stopnia nowa era w życiu Syberyi. Nie tylko zmienił się tryb postępowania w sprawach cywilnych, lecz co ważniejsze, nowe sądy jeszcze większy wywrą wpływ na przebieg spraw kryminalnych, które również jak i los tysięcy, skazanych na deportacyę, do niedawna pozostawały w ręku policyi. Z wprowadzeniem nowego sądownictwa przeszła przeważna część spraw sądowo-lekarskich z rąk policyi do sędziów pokoju i sędziów śledczych. I bez tego już mała rola, jaka przypada w udziale lekarzom, jako biegłym, w sprawach kryminalnych, jeszcze bardziej malała w ręku śledczego-policyanta, zazwyczaj stojącego zbyt nisko moralnie i umysłowo. Stosunek lekarzy do policyi do niedawna bywał tu wielce przykrym i orzeczenia sądowo-lekarskie, przy redagowaniu których lekarz jest tylko narzędziem w ręku śledczego, wychodziły nieraz zmienione i przekręcone do niepoznania. Nie raz w podobnych okolicznościach bywały zajścia pomiędzy lekarzem i policyą. Wiadomo, że kobiety deportowane na Syberyę, na mocy wstawiennictwa królowej Wiktoryi do zmarłego cesarza Aleksandra III, zwolnione zostały przed kilku laty od chłosty; mężczyźni do ostatniego czasu karom tym podlegają. Otóż wielce drażliwą aż do ostatnich czasów była rola lekarza, zmuszonego orzec na wezwanie policyi, czy aresztant lub osiedleniec może znieść chłostę, a nieraz bywał lekarz zapytywany i o wymiar takowej. To pytanie, nie licujące z powołaniem lekarza, wywoływało nieraz protest sumienia. Chociaż dotąd chłosta urzędownie nie została zniesioną, w każdym razie wyjętą została z pod kompetencyi policyi i niedaleki już czas, że zupełnie zostanie skasowaną, gdyż nietylko głosy towarzystw lekarskich i pojedyńczych lekarzy, lecz i głośnych prawników tego się domagają, tem więcej, że zarząd więzienny przeszedł obecnie do zakresu ministeryum sprawiedliwości, które troszczy się o polepszenie losu uwięzionych. Jeden z wybitniejszych współczesnych prawników rosyjskich, senator Koni, skreślił w ostatnich kilku numerach miesięcznika *Wiestnik Ewropy* idealny typ więziennego lekarza, Dra Haase, jednego z obrońców praw ludzkich w skazańcu, a którego autor stawi obok wielkiego reformatora więzień, Howarda. Nie weźmiecie mi za złe, że tę wspaniałą postać lekarza-filantropa w kilku słowach opiszę w piśmie Waszem. Dr. Haase, niemiec, wychowaniec uniwersytetu wiedeńskiego, przybył w początkach bieżącego stulecia do Moskwy i wkrótce zdobył sobie ogromne powodzenie, jako biegły lekarz-praktyk. W najprzedniejszych kołach towarzyskich Moskwy stał się on pożądanym gościem i wyróżnianym lekarzem. Po pierwszych latach wielkiego powodzenia niezadowolniły młodego lekarza dobrobyt osobisty i sympatya ogółu; z zamożnych sfer zagląda on w te zakątki miasta, gdzie gnieździ się ubóstwo, a z niem i występek; podaje rękę pomocy do ratowania tych zapomnianych, a z biegiem czasu opuszcza bogatych i szczęśliwych i, idąc za głosem serca, przenosi się do maluczkich i poniżonych. Obowiązek lekarza więziennego w więzieniu centralnem Moskiewskiem, gdzie tysiące ludzi odbywało karę, a jeszcze większa ich liczba przechodziła z obszernego państwa na dalekie wygnanie, dał możność Haasemu rozwinąć szeroko swoją filantropijną działalność. Korzystając z dawnych swych towarzyskich stosunków, starał się on wyrobić dla więźniów coraz lepsze położenie, bardziej ludzkie z nimi obchodzenie się, zbierał składki na zaspokojenie ich skromnych potrzeb, rozdawał im nietylko pieniądze, odzież i pożywienie na drogę, ale i pomoc moralną; redagował i wydawał różne książki treści moralnej i religijnej, rozdając je więźniom. Haase rozpytywał się dokładnie każdego więźnia o jego rodzinę i kraj, pocieszał strapionych, płakał nad losem niepoprawnych, pamiętał on i o narodowości więźniów i o ich potrzebach duchowych; Polacy, zsyłani drogą na Moskwę, doświadczali też nie mało współczucia i pomocy od tego lekarza-filantropa. Haase, nie posiadając własnej rodziny i obowiązków osobistych, pojął szeroko miłość bliźniego; więzienie, w którem pełnił obowiązki lekarza przez lat przeszło czterdzieści, stało się jego przybytkiem rodzinnym; przygarniał on do swego serca tysiące nieszczęśliwych i wykolejonych i to mu wypełniało życie. Lecz pomimo zaparcia się osobistych widoków i celów, żyjąc tylko dla bliźnich, Haase przez cały czas swego urzędowania musiał jeszcze walczyć w obronie więźniów. Gruba i chciwa wzbogacenia się administracya więzienna nie raz krzywdzi więźniów. Skromne stanowisko więziennego lekarza Haase podniósł swoim altruizmem do tego, że był postrachem dla dozorców i starano się kilkakrotnie go pozbyć. Wtenczas poruszał Haase wszelkie sprężyny swoich stosunków, a takowych posiadał nie mało; imię jego znane było powszechnie i Haasego nie ważono się ruszać z jego stanowiska. Cesarz Mikołaj I znał Haasego osobiście z próśb podawanych do niego w obronie uwięzionych. Dzięki Haasemu wprowadzono do więzienia wiele zmian, mających na celu ulżenie losu uwięzionych, pomiędzy innemi zniesiono przykuwanie więźniów, udających się w drogę, do wspólnego drąga; dawne kajdany, raniące niemiłosiernie ręce i nogi, zastąpiono bardziej lekkiemi, zrobionemi według modelu Haasego, który ich użycie przez czas długi na samym sobie wypróbował. Komitet więzienny, którego Haase był członkiem, wciąż był zarzucany nowemi propozycyami przez naprzykrzonego doktora. Członkowie tego komitetu postarali się usposobić ówczesnego metropolitę moskiewskiego na niekorzyść Haasego. W czasie jednego z posiedzeń, jak powiada senator Koni, kiedy metropolita oponował zdaniu, wyrażonemu w obronie aresztantów, Haase mu zauważył śmiało, że Chrystus tak nie nauczał. Jeżeli nie zjednał dla siebie Haase sympatyi w kole administracyi więziennej, z którą wciąż walczył, za to pozostał osobistością czczoną i nadzwyczajnie popularną pośród tysięcy więźniów. W ostatnich latach życia, ostatecznie zapomniawszy o swych osobistych potrzebach, żył tylko dla więźniów. Umarł w r. 1848 nic nie pozostawiwszy i ubogo pochowany na katolickim cmentarzu. Lecz imię Haasego żyć nie przestało. Znanem ono długo było pod nazwą świętego doktora w świecie zesłańców, a wiele lat po jego śmierci, jak to opowiadał senatorowi Koni b. gubernator tobolski, ś. p. Arcimowicz, zapytywano go gdzieś na brzegach Obi, czy żyje jeszcze w Moskwie „święty doktór“. W Nerczyńskiej katordze dotąd pamięć Haasego jeszcze nie wygasła; pali się tam dotąd lampa przed obrazem, ufundowanym ze składek zesłańców, na intencyę lekarza-filantropa.

Dr. Jan Iłgowski.

VIII. Zjazd higienistów niemieckich odbyty w Karlsruhe od 14 do 17 listopada b. r.

Zestawił

Dr. J. Buszek,

fizyk m. Krakowa.

(Ciąg dalszy).

Następnie Prof. Dr. Nussbaum zdał sprawę z „korzyści budowania szkół systemem pawilonowym dla dalszych obwodów miejskich“ w następujących wnioskach:

1) W porównaniu do systemu korytarzowego przedstawia budowa szkół systemem pawilonowym następujące zalety:

a) Plac, mający się wybrać zaraz obszerny pod budowę, nadarza sposobność do wolnych zabaw młodzieży i t. p.

b) Dla każdej klasy można założyć oddzielny dziedzińczyk, bez zmniejszania dostępu światła i powietrza. Drzewa mogą dać cieniste miejsce dla wypoczynku, a trawniki wolne od kurzu.

c) Wielkość placu i sposób budowania dają razem tę korzyść, że szkołę można każdego czasu rozszerzyć. Z początku nie potrzeba stawiać więcej sal, aniżeli ich przy otwarciu szkół potrzeba.

d) Przeszkadzanie w nauce z powodu położenia klasy tuż przy klasie, albo jednej nad drugą, ogranicza się do najmniejszych rozmiarów.

e) Odpowiednio do rozmaitej liczby uczniów, sale szkolne mogą mieć rozmaite wymiary, przez co możebną jest istotna oszczędność. W budynkach dzisiejszego systemu to urządzenie daje się z trudnością osiągnąć, ponieważ wielkość sal parterowych decyduje o wymiarach, te zaś mają służyć wyłącznie dla mniejszych uczniów, aby im oszczędzić trudu wspinania się po schodach.

f) W razie pojawienia się choroby zaraźliwej potrzebne może zamknięcie dwuklasowego budyneczku da się łatwiej przeprowadzić i z mniejszem zaburzeniem porządku aniżeli, gdyby cały zakład zamknięto.

Rozdział między rodzinami urzędników i służby, zamieszkałemi w budynku szkolnym, a uczniami, z góry jest zapewniony, ponieważ dla tych stawia się osobny budynek, bez sal szkolnych, z wejściem wprost na ulicę.

g) Schody są niepotrzebne i budynki w razie niebezpieczeństwa, dadzą się w najkrótszym czasie opróżnić, w ostateczności przez okna mało ponad ziemię wzniesione.

h) Przewietrzanie przy takiej budowie stanowczo jest łatwiejsze, dobroć dopływającego powietrza większa, gdyż wolny ogródkowy plac może ochładzać i z kurzu oczyszczać powietrze.

i) Przystęp dla światła dziennego (przy należytym planie) do sal szkolnych nigdzie nie jest utrudniony.

k) Szkoły dla chłopców i dziewcząt mogą stanąć na tym samym gruncie, nie stykając się ze sobą, albo mogą być wszystkie (rozmaite) szkoły pewnej dzielnicy miasta połączone na jednym gruncie, a przecież zupełnie oddzielone, gdy się wejścia do nich robi od rozmaitych ulic. Przez to uzyskuje się rozległy, jednolity plac, którego zalety, co do powietrza i światła, w stosunku do jego wielkości wzrastają, podczas gdy dla danej dzielnicy miasta może służyć poniekąd „za płuca“, a nie dające się ominąć niedogodności dla sąsiedztwa ze strony szkoły sprowadza do minimum.

2) Zarzuty, podnoszone przeciw temu sposobowi budowania pod względem gospodarczym, upadają wobec takiej budowy w Ludwigshafen nad Renem, zwłaszcza, jeżeli się we właściwym czasie nabywa grunta.

Następnie przekonano się tamże, że opalanie sal szkolnych, stojących wolno z trzech stron, bezpośrednio nad ziemią, nie przedstawia żadnych trudności, ponieważ ich budowa liczyła się z tymi stosunkami.

3) Niedostatki, dające się uczuć obecnie w naszych szkołach — jak ciasnota i brak powietrza, można ominąć przy tym sposobie budowania, jeżeli się namyśli powałę do kleszczy dachowych podnieść, a bezpośrednio nad oknami znajdującą się część dachu zużytkować na oświetlenie górne. Przez to będzie możebnem uzyskać głęboką przestrzeń, która pozwoli ustawić siedzenia bez obawy o niedostateczne oświetlenie miejsc dalszych od okien, podczas gdy bez większych wydatków uzyskuje się znaczniejszą wysokość sal.

Budowniczy Ott sprzeciwia się wywodom sprawozdawcy i przemawia za szkołami piętrowemi, gdyż sądzi, że szkoły piętrowe przedstawiają takie same zalety: a nawet większe aniżeli pawilonowe. Tajny Radca Battlehner uważa system budowania szkół, jak w Ludwigshafen, za system przyszłości; tylko nie zgodziłby się na zakładanie wychodków w sposób przez sprawozdawcę proponowany. Wielkie budynki szkolne utrzymają się, bo i te mogą być praktyczne, mogą mieć wiele światła i powietrza i tańszy ich zarząd. Schneider sprzeciwia się systemowi pawilonowemu w wielkich miastach także ze względów gospodarczych.

Piąty przedmiot obrad stanowiło: „Odwietrzanie mieszkań pod względem teoretycznym i praktycznym“.

Za podstawę do rozpraw podano następujące wnioski:

1) Zasady, co do odwietrzania mieszkań, wypowiedziane w roku 1890 przez Profesora Gaffkyego i objaśnione bliżej w jego referacie na Zjeździe niemieckiego stowarzyszenia higienicznego, należy także obecnie uważać, jako jeszcze w zupełności mające znaczenie.

2) Tymczasem trzeba przyznać, że większa część gmin poczyniła zarządzenia, które umożliwiają stosować odwietrzanie mieszkań.

3) Stosowane dotąd postępowanie i przepisy, co do wykonywania odwietrzania mieszkań, dadzą się przecież jeszcze w wielu kierunkach ulepszyć.

I tak jest do życzenia:

a) Aby w przepisach co do odwietrzania i jego wykonywania brano więcej w rachubę, aniżeli dotąd, naturę i sposób szerzenia się rozmaitych chorób zaraźliwych, jak nie mniej miejscowe stosunki; głównie zaś, odmiennie od obowiązującego regulaminu co do odwietrzania mieszkań, będzie można desinfekcyę ograniczyć tylko na pewną część izby chorego.

b) Ocenienie, jak rozległem ma być w danym razie odwietrzenie, o ile to jest możebnem, należy pozostawić lekarzowi.

c) Należy więcej aniżeli dotąd baczyć na to, aby odwietrzanie odbywało się w należytym czasie, aby po niem nie zakażało się na nowo mieszkanie. To rozstrzygnie w cholerze i błonicy kilkakrotne badanie bakteryologiczne, w innych chorobach zakaźnych lekarz powinien ten czas w każdym przypadku oznaczyć.

d) Należy starać się o to, aby podczas odbywania odwietrzania właściciele mieszkania nie rozwlekali zarazy.

Wnioski koreferenta, burmistrza starszego Zweigerta:

1) Odwietrzanie mieszkań po chorobach zaraźliwych, chociaż w niemieckich prowincyach, okręgach miejskich i gminach częściowo już zarządzone od dziesiątków lat, czy to na drodze ustawodawstwa, czy też rozporządzeń policyjnych z urzędu, było jednak w stosunkowo małym rozmiarze i nie bardzo odpowiednio przeprowadzane i dozorowane. Przeciwne sprawozdania polegają po największej części na łudzeniu się i błędach.

2) Zjawisko to nie wypływa z niedostatecznego wypełnienia obowiązków ze strony władz obowiązanych do wykonywania ustaw i rozporządzeń, lecz winą tego jest ta okoliczność, że konieczności i pożytku desinfekcyi mieszkań dotąd nauka nie udowodniła dostatecznie dla wszystkich chorób zaraźliwych, wymienionych w ustawach i rozporządzeniach policyjnych, że zapatrywania, co do skuteczności zalecanych środków, często się zmieniały, że wykonywanie odwietrzania z powodu kosztów i innych, z natury rzeczy wypływających powodów, jest nadzwyczaj utrudnionem.

3) Co do pytania, jak należy zapobiegać szerzeniu się chorób zaraźliwych przez mieszkania zakażone, to nie wiele wartości przypisywano używaniu chemicznych i innych sztucznych i kosztownych środków. W wielu przypadkach wystarczy jak najdokładniejsze oczyszczenie i przewietrzenie izby chorego, aby usunąć niebezpieczeństwo zarażania, a przynajmniej znacznie je osłabić. Lecz wszędzie środek ten będzie zdolny poprzeć skutecznie zarządzane odwietrzanie mieszkań. Należy przeto ludność pouczyć, że czystość i przewietrzanie, to najpewniejsze i najlepsze środki odwietrzające.

4) Chociaż należy uznać z wdzięcznością, że ze strony nauki, osobliwie w najnowszych czasach, wiele zrobiono, aby odwietrzanie mieszkań sprowadzić do koniecznej miary i zrobić je skutecznem, to przecież w tym kierunku koniecznym jest dalszy postęp. Będzie to bowiem rzeczą nauki dowieść, że przecież samo oczyszczenie i przewietrzenie izby chorego nie wystarcza do niszczenia zarazków. Ma ona zapomocą

badania bakteryologicznego niezbicie dowieść, że w chorobach, mających się dokładnie oznaczyć, zwykły na ścianach, sufitach i podłogach miejsc, za zakażone uznanych, znachodzić się po ukończeniu choroby zarazki, i że te, zapomocą dokładnego przewietrzenia i oczyszczenia, nie dadzą się zniszczyć. Dalszem zadaniem nauki jest zaproponować jak najprostsze i niekosztowne, zresztą także nieszkodliwe środki dla zniszczenia zarazków i dowieść ich skuteczności.

5) Tylko w tych chorobach zaraźliwych, w których pod 4) żądany dowód złożono i dla których środki pod 4) wymienione są do użycia, szczegółowe odwietrzanie mieszkań w drodze rozporządzeń policyjnych raz na zawsze z urzędu należy zarządzić i dozorować, lecz i wtedy jeszcze na teraz stosować je tylko dla większych, ludnych gmin, gęsto zamieszkanych. Na wsi i w małych wiejskich gminach zabudowanych nie gęsto i z mieszkaniami dostatecznemi, należy uważać za dostateczne gruntowne oczyszczenie i przewietrzenie izby chorego w przypadkach pod 4) wymienionych.

6) Jeżeli szczegółowe odwietrzanie mieszkań dla jakiej gminy zarządzono w drodze rozporządzenia policyjnego, wtedy potrzeba żądać, aby było porządnie wykonane, a do tego potrzeba:

a) Aby wybrano stósowny czas do odwietrzania. W tym celu należy rozważyć, czy to uchodzi, aby w mających się wydać rozporządzeniach nałożono na zarządy domów i lekarzy obowiązek donoszenia władzy policyjnej nietylko o zachorowaniu, ale także o zakończeniu choroby, w której należy dokonać odwietrzenia mieszkania.

b) Aby wykonania desinfekcyi i dozoru nad nią nie poruczano jedynie lekarzowi ordynującemu, a tem mniej podrzędnemu organowi policyjnemu, ale raczej, aby w tym celu ustanowiono osobnych desinfektorów, nad którymiby dozór i kontrolę powierzono właściwym do tego należycie pouczonym wyższym policyjnym urzędnikom.

Referent sprawy Prof. Dr. E s m a r c h ze stanowiska teoretycznego zbija zarzuty główniejsze, jakie podnoszą wogóle przeciwko desinfekcyi przymusowej. I on nie żąda, aby we wszystkich chorobach zakaźnych przeprowadzano ją przymusowo, wyjąwszy w wielkich domach czynszowych i hotelach. Rozwodzi się nad skutecznością formaliny tak rozpuszczonej w wodzie, jako też w postaci gazu, środka nie przedstawiającego żadnego niebezpieczeństwa i objaśnia rozmaite sposoby jej stósowania. Lecz odwietrzanie zapomocą niej jest tylko powierzchowne i nie działa skutecznie na bardzo zakażone przedmioty. Z zadowoleniem zaznacza, że w wielu miastach i wioskach wydano pewne przepisy, co do desinfekcyi. Wreszcie zastanawia się mówca nad pytaniem, gdzie umieszczać mieszkańców w czasie odbywania desinfekcyi, osobliwie po wsiach?

Koreferent Z w e i g e r t, starszy burmistrz, kładzie na wstępie nacisk na to, że zachodzi pytanie, jakich środków trzeba użyć, aby mieszkanie zakażone stało się zdatnem do zamieszkania i czego w tej mierze domaga się teorya, a praktyka jak się zachowuje wobec wymogów teoretycznych. Niestety on nie przyznaje, aby pod tym względem zrobiono znaczny postęp. Tak w większej części miast, wyjąwszy większe miasta, utrzymuje się w mocy przestarzały regulamin państwowy z r. 1835. podczas gdy w nowych prowincyach wydają nowe przepisy w ślad za rozporządzeniem berlińskiem z r. 1857. Jeżeli przepisy te są rozmaite, to wykonanie ich jeszcze więcej wykazuje odmian. Chociaż dzięki nauce wiele zrobiono, aby desinfekcyę mieszkań sprowadzić do właściwej miary, jak nie mniej, aby była skuteczną, to przecież pod tym względem jeszcze oczekiwać musimy dalszych wskazówek. Żąda on, aby badanie bakteryologiczne n i e z b i c i e d o w i o d ł o, że w chorobach zakaźnych, mających się ściśle oznaczyć, zarazki pozostają na ścianach, suficie, podłodze i że ich żywotności nie pozbawia przewietrzanie i oczyszczanie mieszkań.

Jeżeli w drodze rozporządzeń policyjnych gmina zarządzi desinfekcye mieszkań, wtedy należy żądać, aby one były należycie wykonane, a do tego potrzeba:

a) Aby wybrano stósowny termin dla desinfekcyi. W tym celu należy rozważyć, czy to uchodzi, aby nakładać na zarządy domów i lekarzy obowiązek donoszenia nie tylko o zachorowaniu, ale także o wyzdrowieniu chorego, którego mieszkanie potrzeba odwietrzyć.

b) Aby wykonywania desinfekcyi mieszkań i kontroli nad nią nie poruczano wyłącznie lekarzowi ordynującemu, a tem mniej podrzędnemu organowi policyjnemu, tylko należy w tym celu ustanowić osobnych desinfektorów i do ich kontroli wyznaczyć tylko stósownych, t. j. odpowiednio pouczanych wyższych urzędników policyjnych.

W dyskusyi Dr. P f u h l wyjaśnia, że samo przewietrzanie, jako środek desinfekcyjny jest niedostateczne. Prof. F r ä n k e l ostro zbija wywody koreferenta, którego poglądy nie mają żadnej naukowej podstawy. Jeżeli jeszcze są pewne niedostatki co do desinfekcyi, to stara się o to nauka usilnie, by je poprawić. Prof. S c h o t t e l i u s i Radca K ü b l e r podobnież i Prof. G a f f k y występują przeciwko wywodom koreferenta, wykazując, że oczyszczanie pomaga desinfekcyi, ale jej zastąpić nie może. Tajny Radca P i s t o r wywodzi, że co do sposobu desinfekcyi nie można podawać stałych norm na drodze ustawodawczej, gdyż na tem polu nauka wykazuje ciągłe postępy. Dr. S c h m i d t m a n n uważa za wskazane, aby ze zjazdu wyszła pobudka do wydania ogólnej ustawy o zarazach. Prof. G ä r t n e r wyraża ubolewanie, że jeszcze przy końcu 19. wieku są ludzie, którzy uprawnienia desinfekcyi nie uznają i żąda dokładnej desinfekcyi dozorowanej przez lekarza, nie policyanta. Starszy burmistrz F u s s, jako pośrednik między teoretykami a praktykami, żąda, aby praktyka podawała wskazówki i wątpliwości, a teorya, aby je uzupełniała i wyjaśniała. W odpowiedzi koreferent przeczy, jakoby był przeciwnikiem desinfekcyi, zwraca się w swem przemówieniem poważnem, a w części i humorystycznem, przeciwko Prof. F r ä n k l o w i i G ä r t n e r o w i.

(Dokończenie nastąpi).

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie okręgów sanitarnych.

W Nrze 51. „Przeglądu lek." z r. 1897., umieszczona została krytyka instytucyi okręgów sanitarnych w Galicyi, z której wynikałoby, że okręgi te chybiły zupełnie celu i zawiodły nadzieje, jakie w nich Sejm krajowy pokładał.

Otóż stanowczo zaprzeczyć należy, jakoby kraj nasz na okręgach sanitarnych nic nie zyskał. Że mało zyskał — to prawda, — ale też już w założeniu samej instytucyi, w jej organizacyi, z góry tyle było wad, że *à priori* można było przewidzieć, że tego wszystkiego, co ustawa wymagała, wypełnić absolutnie nie będzie można. Korzyści wprawdzie jest mało, ale że są, to także zaznaczyć należy.

Na siedziby dla lekarzy okręgowych przeznaczone zostały w pierwszym rzędzie takie miejscowości, w których stosunki zdrowotne są najniepomyślniejsze i w których albo nie ma żadnych lekarzy, albo też jest ich za mało w stosunku do liczby ludności. Jeśli lekarz okręgowy przebywa w jakiejś lichej mieścinie lub na wsi, skąd parę mil oddalenia do siedziby innego lekarza, to czyż nie jest to z korzyścią dla mieszkańców okolicy bezpośredniej, zwłaszcza dla mniej zamożnych i biednych, że mają tego lekarza taniej, bo blisko? A czyż lekarz okręgowy, wypełniając sumiennie instrukcyę służbową, która nakazuje mu nieść pomoc chorym ubogim, bezpłatnie rozwiązywać trudniejsze porody u ubogich rodzących, odwiedzać chorych na zakaźne choroby, pouczać o desinfekcyi — nie wypełnia bodaj w części tych nadziei, jakie Sejm, przy tworzeniu okręgów sanitarnych, w nim pokładał? A jeżeli, jak to często gęsto bywa, lekarz okręgowy, osiedlony w takiej nieponętnej miejscowości, gdzieby żaden inteligentny człowiek z równorzędnem wykształceniem przebywać stale nie chciał, utrzymuje jeszcze i aptekę domową, z której znowu korzystają mniej zamożni i biedni, czyż nie jest to pewnem dobrodziejstwem dla mieszkańców owego okręgu sanitarnego? A sprawdzanie epidemii w samych początkach, a prostowanie błędnych, bo przez gminy dotychczas wypełnianych wykazów statystyczno-sani-

tarnych, czyż tego niemożna nazwać dodatnią stroną działalności lekarzy okręgowych? Przypuszczać należy, że obok innych zamiarów, przy tworzeniu okręgów sanitarnych, był i ten, aby ludności w okolicach najbardziej lekarzy pozbawionych i zaniedbanych, zapewnić szybką i tanią, a dla ubogich nawet bezpłatną, pomoc lekarską. Zamiar ten w zupełności został osiągnięty. Co innego w podniesieniu i naprawie stosunków publicznej zdrowotności. Że w tym kierunku działalność lekarzy okręgowych bardzo małe wydaje owoce, to prawda. Zgodzić się trzeba z kol. Sawickim, iż złe tkwi głównie w wadliwej organizacyi, braku egzekutywy rozporządzeń, w braku oświaty u ludności, jak to słusznie w Nr. 2. „Przeglądu lekarskiego" kol. Ferensiewicz zauważył, a ja dodam i w nędzy naszego ludu i macoszem traktowaniu lekarzy okręgowych przez Wydziały powiatowe. Że podniesienie oświaty i stanu ekonomicznego ludności dużo wpływa na naprawę stosunków sanitarnych, o tem wiemy oddawna, i wiedzieli z pewnością o tem ci, którzy stawili wniosek w Sejmie o utworzenie okręgów sanitarnych; a mimo to, że oba te czynniki, oświata i dobrobyt, stoją u nas nizko, instytucyę tę utworzono.

Cóż więc? że dla oświaty kraj dużo działa, to ani słowa, tak samo i w kierunku podniesienia dobrobytu; ale że „nie od razu Kraków zbudowany", więc czekać trzeba, aż z biegiem czasu, oba te czynniki będą mogły być dodatnim bodźcem do ulepszenia stosunków zdrowotnych. — Na razie trzeba robić to, co zaraz może być zrobionem. W pierwszym rzędzie zapewnić trzeba lekarzom okręgowym moc obowiązującą ich rozporządzeń, bez czego najlepsze ich usiłowania spełzną na niczem. Otóż w tym kierunku możnaby np. utworzyć sanitarne Rady powiatowe, mniej więcej na wzór c. k. szkolnych Rad okręgowych. Do takiej Rady, jako stali członkowie należeliby 1) c. k. starosta, jako przewodniczący, bez prawa stawiania wniosków samoistnych, i bez możliwości wywierania nacisku na członków; 2) c. k. lekarz powiatowy, jako główny referent Rady sanitarnej powiatowej; 3) wszyscy lekarze w powiecie, działający na polu podniesienia publicznej zdrowotności, a więc lekarze okręgowi, gminni, miejscy etc. Taka sanitarna Rada powiatowa, byłaby zwoływaną obowiązkowo raz na miesiąc, a w razach potrzeby, np. epidemii, nawet częściej. Uchwały, zapadłe większością głosów, miałyby moc obowiązującą i natychmiast musiałyby być w życie wprowadzone, a lekarze członkowie byliby odpowiedzialni za dopilnowanie wykonania uchwał, każdy w swojej miejscowości czy okręgu. Na najbliższem posiedzeniu Rady, każdy lekarz byłby obowiązany przedstawić, co i jak zrobiono; a jeżeli nie zrobiono, to z czyjej winy. Naczelnicy gmin zaś byliby obowiązani pod rygorem prawa, zastósować się do poleceń dotyczących lekarzy, wydanych zgodnie z uchwałami sanitarnej Rady powiatowej.

Dodać jeszcze potrzeba, że w razie gdyby przeprowadzono zmianę w tym kierunku, to przy teraźniejszej płacy lekarzy okręgowych na nie wiele by się to przydało. Bo z chwilą, kiedy zapewnionoby rozporządzeniom lekarzy okręgowych moc obowiązującą, musianoby ściśle wymagać przestrzegania ustawy. A jak teraz rzeczy stoją, to niemożebne. Bo za 40 a najwięcej 50 złr. miesięcznej płacy, bez żadnych widoków na lepszą przyszłość, wypełniać sumiennie te tysiączne wymagania, jakie ustawa nakłada, byłoby pracą Augiaszową, za dużą, pracą, którąby pochłaniała cały czas lekarza okręgowego, nie pozostawiając minuty na praktykę prywatną, bez której obecnie żaden lekarz okręgowy obejść się nie może, nie chcąc być biedakiem.

Kończąc, nasuwa mi się myśl, czyby nie było wskazanem, aby w sprawie tej, tak kraj nasz obchodzącej, Wydział krajowy wziął inicyatywę w zwołaniu zgromadzenia lekarzy okręgowych, lub przynajmniej starszych, na którem jawiliby się i referenci sanitarni krajowi i rządowi, aby tę sprawę dokładnie i zawodowo omówić i dojść do wniosków, któreby się stały podstawą niezbędnych zmian i ulepszeń.

Dr. T. Gwozdecki.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 27 Stycznia.

* Wczorajsze posiedzenie Towarz. lekar krak zagaił nowowybrany prezes, prof. Jakubowskie, przemówieniem, w którem rozwinął zasady, wypływające z haseł: pracy naukowej, jedności koleżeńskiej i powagi zawodowej.

Następnie 1) prof. Obaliński okazał i objaśnił użycie narzędzi Bottiniego, służących do przypalania gruczołu krokowego: 2) profesor Mars mówił o zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach, przyznaczonych do nauczania.

* Namiestnik zamianował lekarzy powiatowych: dr. Antoniego Slączkę w Krośnie i dr. Tadeusza Teodorowicza w Stanisławowie, lekarzami powiatowymi w IX klasie rangi.

* Prof. B. Wicherkiewicz otrzymał od rządu pozwolenie na otwarcie prywatnej kliniki okulistycznej w Krakowie.

* Namiestnik przeniósł lekarza powiatowego, Dr. Filipa Schmidta, z Horodenki do Myślenic, a asystenta sanitarnego, Dr. Tadeusza Milewskiego, ze Lwowa do Horodenki, przydzielając ich do służby przy tamtejszych starostwach.

* W celu upamiętnienia 50 letniego panowania cesarza Franciszka-Józefa postanowiła reprezentacya powiatu bóbreckiego wystawić w Bóbrce szpital powiatowy na 50 łóżek. Znakomita myśl i godna naśladowania.

* W dalszym ciągu otrzymali od W. Sejmu *veniam aetatis* następujący prowizoryczni lekarze szpitali prowincyonalnych: Dr. Zauderer w Brzeżanach, Dr. Konkolniak w Stanisławowie, Dr. Eckhardt w Tarnopolu i Dr. Jajus w Sokalu.

* Otrzymaliśmy 1 Nr. „Przeglądu farmaceutycznego", nowego czasopisma, poświęconego aptekarstwu w obszernem słowa znaczeniu. Treść tego numeru, bogata w rozprawy naukowe, każe wnosić o poważnym kierunku wydawnictwa, któremu życzymy powodzenia.

* Wileńskie Towarzystwo lekarskie ukonstytuowało się na rok 1898, wybierając prezesem Dr. Hipolita Jundziłła, wiceprezesem Dr. Wojnicza, pierwszym sekretarzem Dr. Czarkowskiego, drugim Dr. Świeżyńskiego, bibliotekarzem Dr. Kiewlicza, konserwatorem Dr Stepanowskiego, kasyerem Dr. Hłaskę.

* Ś. p. Dr. Michał Rosenzweig zapisał całą swoją bibliotekę Towarzystwu lekarskiemu warszawskiemu, oraz 1000 Rsr. na wsparcie dla wdów po lekarzach („Kuryer Warsz.").

* Warszawskie Towarzystwo dobroczynności wybrało prof. Włodzimierza Brodowskiego swoim prezesem. Do składu zarządu, na 12 członków, z lekarzy weszli: Konrad Dobrski i Józef Wszebór.

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich w Uniw. Jagiell otrzymali: Franciszek Dubiszewski i Józef Gogól.

Nekrologia. Zmarli: w Warszawie: Dr. Karol Zagórski w 47-ym i Dr. Mikołaj Karo w 46 roku życia. W Łodzi zmarł Dr. Juliusz Gensz w wieku 59 lat.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Medycynie" Nr. 4: Kosobudzkiego Sz.: Przypadek raka wargi dolnej, leczonego wyciągiem ziela jaskółczego. Dr. Bartoszewicza St.: Przypadek tyfusu brzusznego z wyjątkowo licznymi następczymi ropniami. W „Gazecie lekarskiej" Nr. 4: Zaleskiego K.: Kilka uwag o zgorzeli płuc. Stankiewicza C.: Przyczynek do nauki o złośliwych nowotworach kosmówki. W „Kronice Lekarskiej (Zeszyt 2): Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Wróblewski A.: Zur Classification der Proteinstoffe. Berlin, 1898.

— Dr. Krokiewicz: Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu raka na podstawie materyału w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie w ciągu roku 1894, 1895 i 1896. Poznań, 1897.

— Tenże: Ein Beitrag zur Lehre vom runden Magengeschwür. Wiedeń. 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 5. Lutego 1898. Nr. 6.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Z kliniki ginekologiczno-położniczej Uniw. Jagiellońskiego prof. Dra Jordana.**

O pierwotnym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaków i o związku jaki zachodzi pomiędzy włókniakami a rakiem macicy.

Napisał
Dr. Ludwik Świtalski,
I. asystent kliniki.

Od czasu, w którym Virchow przeprowadził ścisły podział nowotworów na łagodne i złośliwe, zaczęto badać dokładniej poszczególne postacie nowotworów i śledzić zmiany, jakim one podlegają.

Włókniakomięśniaki mięszano dawniej z rakowcami (cancroid) i nierzadko uważano za nowotwory złośliwe. Dopiero Virchow zaliczył je do nowotworów łagodnych, to jest takich, które wzrastają powoli, nie tworzą przerzutów, a więc mają znaczenie czysto miejscowe, t. j. o tyle mogą b e z p o ś r e d n i o szkodzić ustrojowi, o ile przez swe usadowienie sprowadzają ucisk na narządy sąsiednie.

Wiadomo, że włókniakomięśniaki, w utkaniu których stosunek dwu głównych składników, t. j. włókien mięsnych i tkanki łącznej, bywa nader rozmaity, mogą ulegać rozmaitym zmianom następowym, jak zwyrodnieniu śluzakowemu (myxofibroma), torbielowatemu (cystofibroma), stłuszczeniu, zwapnieniu, stwardnieniu (induratio), obrzękowi, zmianom, które mogą mieć rozmaity wpływ na rozrost nowotworu, bez zmiany jednak przyrody guza t. j., że ten dalej pozostaje łagodnym.

Już Virchow zastanawiał się nad tem, czy włókniaki mogą stać się także punktem wyjścia dla nowotworów złośliwych, zwłaszcza od czasu, kiedy Klob w r. 1864 opisał przypadek włókniaka macicy, w którym rozwinął się rak pierwotny. Odtąd tak anatomowie jak i ginekolodzy zaczęli się tą sprawą bliżej zajmować.

Że włókniaki mogą stać się punktem wyjścia dla mięsaka (fibrosarcoma), to jest rzeczą pewną, stwierdzoną przez Rokitanskyego i Virchowa. Zdarza się to nawet nie tak rzadko, bo n. p. Martin [1]), na 205 przypadków włókniaków, które operował, stwierdził to sześć razy, przyczem dodaje, że chore te były przez dłuższy czas przedtem obserwowane, a nawet leczone energicznie wstrzykiwaniami ergotyny.

Według Kunerta i Schrödera każdy włókniakomięsak (fibrosarcoma) macicy rozwija się z włókniaka (fibromyoma).

Rozwój mięsaka wśród włókniaków jest o tyle jasny, że pierwociny, z których rozwija się mięsak, wchodzą w skład włókniakomięśniaków. W jakich warunkach jednak to się dzieje, nie wiadomo.

Co się tyczy możliwości rozwoju raka wśród włókniaków, to zdania autorów są podzielone. Dawniej uważano włókniaki za utwory, w których rak rozwijać się nie może.

Cruveilhier w r. 1856 pisze: „les corps fibreux ne sont pas susceptibles de dégénération cancereuse. Il y a incompatibilité absolue entre les corps fibreux et le cancer. Cette incompatibilité est même si grande, qu'il est extrêmement rare de voir la coïncidance d'un corps fibreux de l'uterus avec le cancer du même organe; d'une autre part, dans les cas de coïncidance, la dégénération cancereuse ne se propage jamais du tissu uterin au corps fibreux".

Cruveilhier więc nie tylko stanowczo zaprzeczał możliwości rozwoju raka wśród włókniaków, ale nawet twierdził, że rak, rozwijający się w sąsiedztwie, nie wrasta w włókniak, a więc, że utkanie jego stanowi poniekąd tamę, przy której rozwój włókniaka zostaje powstrzymany.

Kiwisch utrzymywał, że tylko w bardzo rzadkich przypadkach może przyjść wśród włókniaków do rozrostu raka, który rozwija się gdzieś w sąsiedztwie.

I w nowszych już czasach Schröder, Hofmeier, Ehrendorffer i Uter twierdzą, że rak, rozwijający się w sąsiedztwie włókniaka, zwykle obrasta go, a rzadko tylko wrasta w jego utkanie. Zatem oni również uważają włókniaki za utwory poniekąd odporne względem raka.

Że zapatrywania te były i są mylne, o tem świadczy już cały szereg ogłoszonych przypadków, gdzie rak swobodnie rozrastał się z macicy w utkanie włókniaka.

Że nie spotyka się tego często, to przyczyna leży w tem, że rak macicy występuje najczęściej w szyjce macicznej i w dalszym ciągu rozrasta się przeważnie w tkankę okołomaciczną (parametrium) ku pochwie i narządom sąsiednim (pęcherz, kiszka stolcowa); podczas gdy trzon, w którym znowu najczęściej rozwijają się włókniaki, zostaje zwykle bardzo późno zajęty tak, że często następuje zejście śmiertelne, zanim rak zacznie się rozrastać na włókniak.

Zresztą nie możnaby sobie nawet wytłómaczyć, dlaczegoby rak nie mógł rozrastać się we włókniakach, nawet w postaciach jego najzbitszych; wszak wiadomo, że w przewlocznych zmianach zapalnych szyjki macicznej (metritis chronica), gdzie zbitość miąższu, wskutek rozrostu włóknistej tkanki łącznej, dorównuje nieraz zbitości bardzo twardych włókniaków, przychodzi nierzadko do rozrostu raka.

Jeżeli wśród włókniaka rozrasta się rak, to mogą zajść następujące możliwości: albo rak rozwija się wśród utkania włókniakomięśniaka, tak zw. pierwotny rozwój raka (primäre carcinomatöse Degeneration); albo też rak, który najpierw rozwinął się w sąsiedztwie, w dalszym ciągu wrasta w utka-

[1]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Gynäk. II Congress zu Hall 1888 s. 125.

nie włókniaka, tak zw. następowy rozwój raka (secundäre carc. Deg.); albo też wreszcie mogą się utworzyć wśród włókniaków przerzuty z raka, rozwijającego się bądź to w częściach rodnych, bądź też w innych narządach.

Przypadek tej ostatniej przyrody opisał Schaper [2]). Rak, rozrastający się w płucu lewem, utworzył przerzuty w gruczołach chłonnych oskrzelowych i we włókniaku śródmiąższowym, usadowionym w przedniej ścianie macicy.

W przypadku Boissiera i Cornila [3]) potworzyły się, przy istniejącym raku nadnerczy, przerzuty we włókniakach macicy. W przypadku Liebmanna i Benporatha [4]) wystąpiły, przy raku w pochwie, przerzuty we włókniakach macicy. Ponieważ jednak w obu przypadkach i miąższ macicy był zajęty rakiem, więc prawdopodobnem jest, że przerzuty najpierw powstały w miąższu macicy i ztąd dopiero rak rozrósł się na włókniak.

Następowy rozwój raka wśród włókniaków ma o tyle dla nas znaczenie, o ile udowadnia, że rak macicy może się rozrastać w utkanie włókniaków, a zarazem, że oba te nowotwory mogą się równocześnie w macicy rozrastać. Jak zaś to się często zdarza i jaki zachodzi związek pomiędzy nimi o tem wspomnę poniżej.

O pierwotnym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaków twierdzimy wtenczas, jeżeli rak zacznie się rozrastać wśród utkania włókniaka, albo też bierze początek z błony śluzowej, pokrywającej włókniak. W drugim przypadku odnosić się to może tylko do włókniaków podśluzowych i to w ten sposób ułożonych, że włókniak jest bezpośrednio pokryty błoną śluzową, wchodzącą wtedy niejako w skład jego, co najlepiej uwidacznia się na polipach włóknistych, w których pokrywająca je błona śluzowa zlaną jest z utkaniem polipa i oddzielić się od niego nie da. W tym przypadku więc, jeżeli rak rozwija się z pokrywającej go błony śluzowej, wrasta zaraz w utkanie włókniaka tak, że poniekąd mamy i tu pierwotny rozwój raka.

W przypadkach, w których, pomiędzy włókniakiem a błoną śluzową, w której rak rozwijać się zaczął, znajduje się cieńsza lub grubsza warstwa miąższu macicznego, jeżeli w dalszym rozroście przeniesie się rak na włókniaka w takim razie nie będziemy już mówić o pierwotnym, lecz o następowym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaka. Zastanówmy się teraz najpierw, czy jest możliwem, aby rak rozwinął się wśród włókniakomięśniaka, niezależnie od błony śluzowej.

Virchow w tym kierunku pisze: „es ist mir gar nicht zweifelhaft, dass ein bestehendes Myom carcinomatös degeneriren kann, indem sich aus seinem Interstitialgewebe heterologe Bestandtheile entwickeln“. Wiadomo jednak, że Waldeyer i Thiersch wystąpili przeciw tym zapatrywaniom Virchowa i, na podstawie swoich badań, wypowiedzieli zdanie, że nowotwór przybłonkowy, jakim jest rak, może rozwinąć się tylko z komórek przybłonkowych. Zapatrywania te zostały poparte przez Klebsa, Birch-Hirschfelda, Hausera i wielu innych, a i dzisiaj bywają uważane za pewne. Powyżsi badacze, przyjąwszy za dewizę: „omnis cellula e cellula eiusdem generis“, twierdzą, że miąższ pierwotnego nowotworu rozwija się z miąższu, a podścielisko z tkanki podścieliskowej tego narządu, w którym nowotwór się rozwija. Trzymając się więc dzisiaj tego, uznanego za pewne, zapatrywania, musimy zadać sobie pytanie, czy wśród włókniaków znajdują się utwory przybłonkowe, któreby mogły stać się punktem wyjścia dla rozwoju raka?

W przeważnej liczbie przypadków nie spotyka się we włókniakach żadnych utworów przybłonkowych i rozumie się, że w nich, na podstawie powyżej wygłoszonego zapatrywania, nie może przyjść do pierwotnego rozwoju raka. Virchow w r. 1863, opisując mięśniaka torbielowatego (myoma cysticum), twierdził, że utwory gruczołowe we włókniakach nigdy się nie znajdują, a Klebs utrzymywał, że prawdziwy przybłonek może znajdować się tylko we włókniakach, leżących blizko błony śluzowej i że wtedy pochodzi on z jej przybłonka. Jednak badania, dokonane w ostatnich dziesiątkach lat, wykazały, że komórki przybłonkowe znajdować się mogą wśród utkania włókniaków i to nawet nie tak rzadko się tam usadawiają, wyścielając utwory gruczołowe, których ilość niekiedy jest tak znaczna, że włókniaki te zaliczono do nowotworów mięszanych, nadając im nazwę gruczolakomięśniaków (fibro-adenoma). Babesiu [5]), Diesterweg [6]), Schröder [7]), Ruge, Hauser [8]), Schottländer [9]), Breuss [10]) opisali cały szereg przypadków, gdzie w włókniakach, tak podsurowiczych, śródmiąższowych jak i podśluzowych, znajdowali utwory gruczołowe, wyścielone przybłonkiem walcowatym, nierzadko torbielkowato porozszerzane.

Orłów [11]) znalazł, na 55 przypadków drobnych włókniaków, w 4 przypadkach włókniaków podsurowiczych utwory gruczołowe i torbiele wyścielone przybłonkiem walcowatym.

Ricker [12]) na 35 przypadków znalazł 5 razy utwory gruczołowe i to zawsze we włókniakach podsurowiczych lub śródmiąższowych, leżących blizko otrzewnej.

Recklinghausem opisał 27 przypadków włókniakomięśniaków, w utkaniu których była bardzo znaczna ilość utworów gruczołowych tak, że je zalicza do gruczolakomięśniaków.

Z każdym rokiem liczba tych przypadków się zwiększa. Badając w ostatnim roku szkolnym wszystkie włókniaki, usunięte na drodze operacyjnej, stwierdziłem w dwóch przypadkach włókniaków znaczną ilość gruczołów. W jednym przypadku był włókniak podśluzowy, wychodzący z przedniej ściany macicy, częścią urodzony do jej jamy, wielkości małej pięści; w drugim były włókniaki śródmiąższowe, usadowione w obu rogach macicy około trąbek. Co do pochodzenia tych utworów gruczołowych we włókniakach, to zapatrywania są rozmaite.

Diesterweg, Hauser, Schottländer i Ricker przyjmują, że w myśl teoryi Conheima, wskutek zaburzeń rozwojowych, podczas życia płodowego, woreczki gruczołowe, względnie komórki przybłonkowe przewodów Müllera, zabłąkały się w pewne miejsce utkania macicy, gdzie znajdowały się zawiązki włókniaków i wewnątrz nich zostały odsznurowane.

Babesiu uważa je również za utwory pochodzenia pło-

---

[2]) Archiv v. Virchow 1892 Bd. 129 H. 1. S. 61.
[3]) Progrès med. 1876 p. 697.
[4]) Monatschrift für Geburtskunde 25 S. 250.

[5]) Allgemeine Wiener medic. Zeitung 1882 N. 4 i 5.
[6]) Zeitschr. für Geburts. u. Gynäkologie 1883 B. IX S. 191.
[7]) Handbuch der Krankheiten der weibl. organe 1890.
[8]) Münchener med. Wochenschrift 1893 N. 10.
[9]) Zeitschr. f. geb. of. Gynäk. 1893 Bd. XXVII.
[10]) Ueber wahre Epithel. führende Cystenbildung in Uterusmyomen 1894.
[11]) Nowiny lekarskie 1897 S. 613.
[12]) J. Veit: Handbuch der Gynäkologie 1897 S. 420.

dowego i wyciąga ztąd wniosek, że zarodki włókniaków zostają utworzone w tak wczesnym okresie życia płodowego, że jeszcze zarodkowe zawiązki tkanki przybłonkowej mogą się do nich dostać, aby następnie, wśród korzystnych warunków, dalej się rozwijać.

Nagel, Breuss i Gottschalk uważają te utwory gruczołowe za pochodzące z resztek kanałów Wolffa.

Według Schrödera gruczoły te pochodzą z błony śluzowej, zkąd zostały odsznurowane, a przy dalszym rozroście dostały się do wnętrza guza. Recklinghausen wykazał, na podstawie ścisłych badań nad gruczolakomięśniakami, analogię pomiędzy utworami gruczołowymi, a ciałem Wolffa i na tej podstawie utrzymuje, że pochodzą one z resztek ciała Wolffa.

Jest bardzo prawdopodobnem, że gruczoły znajdujące się wśród włókniaków podśluzowych mogą pochodzić z błony śluzowej macicy. Przy badaniu drobnowidowem ściany maciecznej, w przypadku, w którym znajdował się polip włóknisty, mogłem stwierdzić odsznurowywanie się gruczołów z błony śluzowej trzonu macicy, zgrubiałego z powodu przewlocznego zapalenia (metritis chronica). W przypadku tym, zdala od błony śluzowej, znajdowałem gruczoły otoczone ze wszystkich stron utkaniem maciecznem. A ponieważ spotkałem cały szereg takich gruczołów, z których jedne znajdowały się dalej, a drugie bliżej błony śluzowej, więc należy przypuścić, że zostały one odsznurowane z błony śluzowej. W podobny więc sposób gruczoły mogą się dostać i w utkanie włókniaków podśluzowych, zwłaszcza nieoddzielonych torebką tkanko łączną od mięśni macicy. Trudnoby jednak było sobie wytłómaczyć, aby gruczoły z błony śluzowej mogły się dostać już w życiu pozapłodowem we włókniaki śródmiąższowe, lub podsurowicze tak, że tu musi się przyjąć ich pochodzenie zarodkowe.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Nowy odczynnik na barwiki żółciowe w moczu.

Podał

Dr. Krokiewicz Antoni, prymaryusz i **Dr. Batko Józef,** lekarz praktykujący w tym oddziele.

Odczynniki na barwiki żółciowe[1]) w moczu, podane przez Gmelina, Brückego, Fleischla, Maseta, Vitalego, Ultzmanna, Rosenbacha, Smitha, Maréchala, nie odznaczają się zbytnią czułością, gdyż, w celu otrzymania dodatniego wyniku, musimy rozporządzać większą ilością moczu, zawierającego w znaczniejszej ilości barwiki żółciowe. Jeśli zaś mamy do czynienia ze zbyt małą ilością moczu żółtaczkowego, lub jeśli w moczu znajdują się barwiki żółciowe w skąpej ilości, odczynniki te częstokroć zawodzą. Niemniej i próba formalinowa, polecona w ostatnim czasie przez Gluzińskiego[2]), nie prowadzi do celu, a nawet, zdaniem naszem, jest mniej czułą od poprzednich. Nigdy bowiem, pomimo wykonania tej próby w kilkunastu przypadkach moczu żółtaczkowego, zawierającego barwiki żółciowe, jużto w większej jużto w mniejszej ilości, nie udało nam się, pomimo zachowania wszelkich podanych wskazówek, otrzymać zabarwienia ametystowego; otrzymywaliśmy tylko, w przypadkach silnej żółtaczki, oliwkowozielone zabarwienie moczu, podczas gdy w razie mniejszej ilości barwików żółciowych, kiedy próba Gmelina i jodowa dawały wybitne odczyny, próba formalinowa zawodziła, nawet co do pojawienia się zabarwienia szmaragdowozielonego. Wobec tego uważamy za stósowne podać do szerszej wiadomości próbę bardzo czułą na wykrycie barwików żółciowych w moczu, którą uzyskaliśmy przypadkowo, przy wykonywaniu diazoreakcyi Ehrlicha w moczu.

Jeśli do próbówki nalejemy 5 ccm. moczu, zawierającego barwiki żółciowe, i taką samą ilość odczynnika, używanego do diazoreakcyi Ehrlicha, a zawierającego wodny rozczyn 0·5% kwasu sulfanilinowego i 5% kwasu solnego (Ac. sulphanilicum 0·5, Acid. hydrochl. conc. 5,0. Aq. destill. 100,0) i zakłócimy, a następnie zwolna po ścianie próbówki wlejemy około 4 ccm. wodnego rozczynu 1% azotynu sodowego (Natrum nitrosum), w krótkim czasie spostrzeżemy pośród owej cieczy grę barw, a mianowicie w górnej części probówki zabarwienie szmaragdowozielone o szerokim pasie, a poniżej rąbek zabarwienia fioletowego, który zwolna rozszerza się na resztę cieczy, aż do dna rurki odczynnikowej. Jeśli następnie do tejże rurki odczynnikowej zwolna po ścianie dolejemy amoniaku 2 ccm. (amonia pura liquida), przedstawi się oczom naszym piękna gra barw, zupełnie podobna do poprzedniej, tylko z dodatkiem w górnej warstwie zabarwienia pomarańczowo-czerwonego, ponad pasem szmaragdowozielonym. — Stopa zabarwień zależy od ilości barwików żółciowych w moczu; w każdym jednak razie potrzeba większej ilości moczu i nieco znaczniejszej zawartości w nim barwików żółciowych, aby powyższy odczyn wywołać.

Okoliczność ta dała nam powód do bliższego zanalizowania szczegółów całego zjawiska. Po dość mozolnych poszukiwaniach uzyskaliśmy metody, zapomocą których można wykryć małe ilości barwików żółciowych w moczu, a nawet, w pewnych przypadkach, z kilku kropli moczu wnioskować o obecności barwików żółciowych. Do wykonania potrzebne są trzy odczynniki, t. j. A) rozczyn wodny 1% kwasu sulfanilinowego (acid. sulphanilicum), B) rozczyn wodny 1% azotynu sodowego (natrum nitrosum), C) zgęszczony czysty kwas solny (ac. hydrochloricum concentr. p.). Dla krótkości dwa pierwsze odczynniki, które należy trzymać w ciemnych flaszkach, nazwiemy literami A i B. Metody te są następujące:

I. metoda (Krokiewicz).

Do probówki wlewam po 2 ccm. odczynników A i B i następnie 2—5 kropli moczu, zawierającego barwiki żółciowe i potrząsam przez kilkanaście sekund próbówką, a ciecz przybierze zabarwienie rubinowoczerwone, silniejsze lub słabsze (co zależy od ilości barwików), które po dodaniu 1—2 kropli kwasu solnego przechodzi w zabarwienie ametystowo-fioletowe. Zjawisko to trwa krótko, poczem następuje zupełne odbarwienie cieczy.

Lub II. metoda (Krokiewicz).

Do próbówki wlewam po kilka kropli odczynników A i B (około ½ ccm.), moczu żółtaczkowego drugie tyle (½ do

---

[1]) Anleitung zur Harnanalyse v. Loebisch. 2) Anleitung zur Untersuchung des Harnes v. Hoffmann u. Ultzmann. 3) Practicum der physiologischen und pathologischen Chemie v. Salkowski. 4) Klinische Diagnostik v. Jaksch.

[2]) Przegląd lekarski, 1897. Nr. 52.

1 ccm.) i kroplę kwasu solnego [3]); potrząsam próbówką przez krótką chwilę, przezco występuje zabarwienie cieczy ciemnofioletowe, które następnie zaraz (trzeba wykonać szybko) rozcieńczam wodą przekroploną do zabarwienia ametystowego. W przypadkach bardzo małej ilości barwików żółciowych zabarwienie ametystowofioletowe dopiero po kilku minutach staje się wyraźne. Zabarwienie to utrzymuje się przez długi czas.

III. metoda, tak zw. przez popłókanie (Batko):

Do próbówki wlewam po kilkanaście kropli odczynników A i B i wylewam je tak, iż w rurce odczynnikowej zaledwie ślady pozostają; poczem do rurki wlewam około 5 ccm. moczu żółtaczkowego. Ciecz w rurce odczynnikowej przybiera zabarwienie rubinowoczerwone, które, po dodaniu 1—2 kropli kwasu solnego, zmienia się na fioletowe. W razie znacznej zawartości barwików żółciowych należy do tej próby używać moczu kilkakrotnie (do 10 razy) rozcieńczonego (Krokiewicz).

Zamiast kwasu solnego można użyć i innych kwasów mineralnych, jednakowoż najlepiej odczyn wypada przy stosowaniu kwasu solnego.

Z powyższych metod nigdy nas nie zawiodła metoda II.; zdaniem naszem jest ona najczulsza. Do doświadczeń należy użyć moczu świeżo oddanego, a co najwyżej takiego, który przed 2—3 godzinami został oddany; jeśli bowiem mocz żółtaczkowy kilkanaście godzin pozostaje na wolnem powietrzu, barwiki ulegają w nim, wskutek sprawy rozkładowej, bądź utlenieniu, bądź też odtlenieniu coraz znaczniejszemu, a tem samem i odczyn nasz nie przychodzi do skutku.

Zabarwienie fioletowe moczu, uzyskane przy stósowaniu metody II. i III., utrzymuje się w stanie niezmienionym przez dłuższy czas. Badanie bliższe istoty barwika wykazało, iż nie przechodzi on z roczczynów kwaśnych ani do chloroformu, ani do eteru, ani do dwusiarczku węgla, a tylko zaledwie w śladach do alkoholu amylowego. W widmie nie daje żadnych cechujących znamion.

Odczyn ten jest bardzo czułym w porównaniu z próbami Gmelina i Smitha-Maréchala. Jeśli do doświadczeń użyjemy żółci cielęcia, świeżo otrzymanej z pęcherzyka żółciowego, to odczyn nasz występuje bardzo wybitnie w rozcieńczeniu 1:500 wodą przekroploną, podczas gdy kontrolne próby powyższe z jodem, lub z kwasem azotowym, zawierającym kwas podazotowy, dawały wynik dodatni w rozcieńczeniu 1:200. Jeśli zaś użyliśmy do doświadczeń moczu żółtaczkowego, to odczyn nasz wystąpił przy rozcieńczeniach wodą przekroploną 140 razy, a przy rozcieńczeniach moczu żółtaczkowego moczem innym, o nizkim ciężarze gatunkowym (0,007—0,009), pochodzącym od chorej, cierpiącej na padaczkę, okazał się 60 razy bardziej czułym, aniżeli kontrolna próba Gmelina lub Smith-Maréchala. Doświadczeń tych wykonywaliśmy cały szereg.

W celu przekonania się, ażali odczyn ten nie jest wywołany obecnością innych barwików w moczu, a nie jedynie tylko barwikami żółciowymi, podjęliśmy doświadczenia w tym kierunku na całej seryi moczów patologicznych, przyczem wewnętrznie podawaliśmy chorym przez pewien czas kwas chryzofanowy (senna, rheum), santoninę, balsam kopaiwiany, garbnik, antipirynę, phenacetynę, naphtol, salicylan sodowy, jod, brom, chininę, salol. Nigdy nie otrzymaliśmy przy stósowaniu naszych metod cechującej barwy ametystowo fioletowej. Również zabarwienie ametystowofioletowe moczu nie zależy od obecności indykanu w moczu. Dowodzi tego przypadek, gdzie w moczu znajdowała się bardzo znaczna ilość indykanu, jak to i prof. Stopczański stwierdził, a odczyn nasz dał zupełnie wynik ujemny. Również nie zależy nasz odczyn od tych czynników, które wywołują w moczu diazoreakcyę. Na tej podstawie utrzymujemy, iż odczyn wywoływany przez nasze metody zależy ściśle od obecności barwików żółciowych w moczu.

[3]) Czasem potrzeba i przed dolaniem kropli kwasu solnego wstrząsnąć kilka razy próbówką.

III. Kilka uwag o t. zw. przeroście gruczołu krokowego.

Z powodu pracy Dra Motza p. t. „Wyniki badań klinicznych nad 130 przypadkami cierpienia gruczołu krokowego“.

napisał

Docent Dr. Stanisław Ciechanowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5)

Widzieliśmy jednak, że pierwotna, t. j. prawidłowa, wielkość rozwiniętego zupełnie gruczołu krokowego, idzie w parze z wielkością zupełnie rozwiniętych jąder, jak to zdawałoby się wynikać z owej względnej stałości wspomnianego wykładnika stosunku ciężarów obu narządów (*a*). Stąd też nie może zadziwiać spostrzeżenie Dra Motza: „że częstość występowania przerostu dużego stopnia wzrasta szybko, odpowiednio do wielkości narządów płciowych zewnętrznych“; u osobników bowiem z większymi narządami płciowymi zewnętrznymi, więcej było i w gruczole krokowym, że tak powiem, materyału budulcowego dla tworzącego się powiększenia. Nie mamy na to żadnego dowodu, że w przypadkach, opisanych przez Dra Motza, jądra przed rozwojem przerostu gruczołu krokowego były mniejsze i że dopiero, w miarę ich wzrostu, wzrastał i gruczoł krokowy ponad granice prawidłowe; stąd też w tych przypadkach wahałbym się mówić o równoległości rozwoju, pomimo, że równoległość ta jest wielce prawdopodobna w stanach prawidłowych obu narządów i aż do pewnego wieku. — Równoległość rozwoju dwóch narządów nie świadczy jeszcze, że jeden z nich zależy ściśle od drugiego; przeciwnie mogłyby to być współrzędne skutki jednej wspólnej przyczyny; w jednym jednak jak i w drugim razie dowodziłaby dopiero związków przyczynowych pewna proporcyonalność, pewien stały stosunek w rozwoju, czego, już nawet wobec moich niezbyt licznych spostrzeżeń, trudno się na przyszłość spodziewać w przypadkach tzw. przerostu gruczołu krokowego. — Przypuścić zaś, że działał tu wpływ większej i dłużej trwającej żywotności jąder dużych, ale od dojścia do dojrzałości już równolegle z gruczołem krokowym się nie rozwijających, lecz zachowujących te same rozmiary, podczas gdy gruczoł krokowy rósł jeszcze dalej, byłoby to narazić się na zapytanie: „Dlaczego ta większa żywotność jąder, zachowujących stałe rozmiary, nie wywierała swego wpływu na gruczoł krokowy wcześniej i ciągle, — dlaczego przerost gruczołu krokowego rozwinął się dopiero w późnym wieku, w 30 lub 40 lat po dojrzałości, pomimo, że przyczyny, mające i mogące go wy-

wołać, t. j. większa żywotność jąder, były zawsze te same?" Na pytanie to nie znajduję w pracy Dra Motza bezpośredniej i całkowitej odpowiedzi; w myśl jednak zapatrywań jego jedyną bodaj możebną odpowiedzią byłoby chyba przypuścić, że czynnikiem wywołującym, wyzwalającym niejako utajoną energię zapasową, było przekrwienie narządów płciowych, które przechyliło szalę równowagi fizyologicznej, w gruczole krokowym, na rzecz przerostu dopiero w chwili rozwoju miażdżycy dużych pni tętniczych. — W takim jednak razie jakże wytłómaczyć bardzo ciekawe spostrzeżenie, ogłoszone, (jeśli mnie pamięć nie myli, przez Manassego), w którem „przerost" gruczołu krokowego rozwinął się w kilkanaście lat po obustronnem doszczętnem wytrzebieniu. W wytłómaczeniu tego przypadku uciekać się nie można do wpływu, większej żywotności jąder. W takim razie, jako czynnik przyczynowy, pozostawałaby tylko miażdżyca tętnic (przez samego Dra Motza uważana za czynnik wzmacniający „przerost" ale nie za jedyną przyczynę), — jeżelibyśmy nie chcieli zwrócić się do owych czynników, nieznanych dokładnie, o których w pracy swojej wspomina Dr. Motz [9]). — Jeżeli jednak przyjmiemy, że tymi nieznanymi czynnikami są wykazane przezemnie sprawy zapalne, wówczas przypadek ten nie przedstawia nic zagadkowego, jak to obszerniej w ukazującej się właśnie pracy wywodzę [10]).

Podobnie, jak z większą częstością wyższych stopni „przerostu" gruczołu krokowego u osobników z większemi jądrami, ma się, mojem zdaniem, rzecz, z równoczesną nieumiarowością jąder i powiększonego gruczołu krokowego, wykazaną dobitnie w kilku spostrzeżeniach przez Dra Motza. Dwa moje spostrzeżenia, wspomniane powyżej, w których istniała lekka nieumiarowość prawidłowego gruczołu krokowego, odpowiadająca prawidłowej nierówności (asymetryi) jąder, — tłómaczą, jakie znaczenie mają przypadki Dra Motza. I tu, w czasie „przerostu", ta strona gruczołu krokowego rozwinęła się silniej, gdzie z natury było więcej, jak się wyraziłem, materyału budulcowego, a więc strona większego jądra. —

Pozostaje jeszcze rozpatrzeć większą częstość miażdżycy tętnic obwodowych u osobników, dotkniętych wyższymi stopniami „przerostu" gruczołu krokowego. Przyznaję, że jest to zastanawiający zbieg okoliczności; nie ośmieliłbym się jednak wnosić z tego o ich wzajemnym związku przyczynowym, a to z dwóch względów: Naprzód dlatego, że istnieją przypadki przerostu gruczołu krokowego (jeden z nich opisany przez Bohdanowicza; podobne spostrzegał Casper i ja także spotkałem), w których niema ani śladu miażdżycy w ustroju. Powtóre dlatego, że obecność miażdżycy tętnic kończyn, zwłaszcza stwierdzona tylko klinicznie, nie dowodzi jeszcze wcale istnienia miażdżycy w głównych pniach tętniczych ustroju; wprawdzie najczęściej zajmuje miażdżyca przedewszystkiem te ostatnie, ale zdarza się (acz wyjątkowo) i odwrotny stosunek, tj. miażdżyca niektórych rozgałęzień obwodowych, przy zupełnie prawidłowym stanie pni głównych. Stąd też wnioski, wysnute w tej sprawie przez Dra Motza, wymagają jeszcze koniecznie potwierdzenia zapomocą dokładnych badań anatomicznych z wagą i miarą w ręku.

Wreszcie mimochodem chciałem wspomnieć o sprawie przekrwienia, jako czynnika przyczynowego w tak zwanym przeroście gruczołu krokowego. Wiele przemawia za zdaniem prof. Guyona, że przekrwienie jest czynnikiem silnie usposabiającym do powikłań zapalnych w drogach moczowych u mężczyzn, dotkniętych powiększeniem gruczołu krokowego. — O ile jednak z dzieł prof. Guyona wnosić wolno, ma on na myśli przedewszystkiem przekrwienie bierne, zastój żylny. W tem też znaczeniu przytacza także Dr. Motz, jako przykład zmian anatomicznych, powstających wskutek przekrwienia, tak zwaną „foie cardiaque", zmiany wątroby przy wadach serca. — Pojęcie przekrwienia biernego nie da się jednak, według panujących zapatrywań, w żadnym przypadku sprowadzić do bezpośrednich skutków sprawy miażdżycowej w tętnicach; nie uważano go też dotychczas za warunek wywołujący, lub choćby sprzyjający, prawdziwemu przerostowi narządów. — Tak zwany „przerost" gruczołu krokowego, nie jest zresztą, jak to oddawna wykazano prawdziwym przerostem. — Z drugiej strony pod wpływem długotrwałego lub często się powtarzającego przekrwienia biernego, należałoby oczekiwać w gruczole krokowym tego, co się w podobnych przypadkach dzieje w innych narządach, to jest rozlanego, jednomiernego we wszystkich częściach zaniku tkanki właściwej, w tym przypadku gruczołowej, i równoczesnego ściągania się i kurczenia jednomiernie we wszystkich częściach rozwijającej się tkanki łącznej, co ostatecznie bardzo rychło musiałoby sprowadzić ogólne jednostajne pomniejszenie się narządu. Przykładem tego jest właśnie wątroba, a jeszcze więcej, zbadana dokładnie przez Schmausa i Horna nerka marska zastoinowa *(cirrhosis cardiaca hepatis et renum, cirrhotische Stauungsniere)*. — Czegoś podobnego w gruczole krokowym ani Dr. Motz [1]), ani ja, nie zauważyliśmy; w przypadkach tak zwanego „przerostu" niema tam ani rozlanego *(diffus)* zaniku rozgałęzień gruczołowych, ani rozlanych spraw łączno-tkankowych. Przeciwnie, jak gdzieindziej wykazuję [2]), znamienną cechą tych ostatnich w powiększającym się gruczole krokowym, jest ogniskowe, rozsiane pojawianie się.

W bardzo ciekawych spostrzeżeniach, ogłoszonych przez Dr. Motza, dopatruję się więc ostatecznie potwierdzenia wykazanego przezemnie zapalnego pochodzenia powiększenia gruczołu krokowego, zwanego „przerostem", a zarazem sądzę, że wnioski, jakie Dr. Motz ze swych spostrzeżeń wywodzi, powinnyby uledz pewnym zmianom, w każdym zaś razie, wymagają co najmniej dalszych jeszcze badań i to anatomicznych.

Tych kilka uwag podyktowała mi chęć bezstronnego ile możności rozpatrzenia zagadnień, któremi i u nas w ostatnich czasach żywo się zajęto [3]). Nie tylko nie mam zamiaru rozpoczynać sporów, ale przeciwnie, chciałbym dane, na pozór sprzeczne, sprowadzić do wspólnego mianownika. Dlatego, gdyby nawet Dr. Motz uważał za stósowne na te moje uwagi odpowiedzieć, wówczas pozostawiając mu, jako poniekąd przezemnie zaczepionemu, prawo ostatniego głosu, żadnej polemiki, aż do chwili zgromadzenia liczniejszych nowych danych, nie podejmę.

Paryż w styczniu 1898.

[9]) l. c. Nr. 1. Str. 2. lewa kolumna.
[10]) Przegl. chirurg.

[1]) Przyczynek do nauki o budowie histologicznej przerosłego gruczołu krokowego. „Przegląd lekarski" 1897 Nr. 2 4. 5.
[2]) l. c.
[3]) Wykład prof. Rydygiera w Towarz. lek. galic., oraz odnośne rozprawy. „Przegląd lekarski" 1897 Nr. 52.

IV. Oceny i sprawozdania.

Motz: **Budowa drobnowidowa przerosłych gruczołów krokowych po zabiegach na jądrach.** Troyes 1897 stron 17.

Badania drobnowidowe gruczołów krokowych u osobników, zmarłych w jakiś czas po wytrzebieniu i pokrewnych zabiegach, w tym celu zastósowanych, aby wywołać zanik powiększonego gruczołu krokowego, mają wielką doniosłość teoretyczną i praktyczną: pierwszą dlatego, ponieważ mogą rzucić jakieś światło na patogenezę tak zw. przerostu stercza i na charakter wpływów, które czynność jąder ma podobno wywierać na stan gruczołu krokowego; drugą zaś, ponieważ możnaby z nich poczerpnąć pewniejsze wskazówki o wartości klinicznej wytrzebienia i pokrewnych zabiegów u ludzi, dotkniętych tak zw. przerostem gruczołu krokowego.

Niestety dotychczas posiadamy badań dotyczących bardzo mało, a i te, które ogłoszono, mają wartość bardzo rozmaitą; stąd też każde nowe spostrzeżenie posiada znaczenie wcale doniosłe.

Dr. Motz, przytoczywszy w dosłownem tłómaczeniu wszystkie dotąd ogłoszone przypadki, t. j. dwa Whitego, po jednym Griffithsa, Kelseya i Guelliota, czyni słuszną uwagę, że tylko dwa ostatnie zostały zbadane pod drobnowidem dość ściśle i opisane umiejętnie, podczas gdy w 3 pierwszych opis zmian drobnowidowych pozostawia bardzo wiele do życzenia. Do tych 5 spostrzeżeń dodaje Dr. Motz własne, szóste z rzędu. Badania dokonano w 8 dni po wycięciu obustronnem przewodów nasiennych i stwierdzono istnienie „przerostu“ gruczołu krokowego miernego stopnia. Pomijając wyniki badania nerek i pęcherza, w którym, obok tak zw. włóknistego zwyrodnienia ściany, wykryto oznaki sprawy zapalnej, przytoczę dokładniej tylko obraz drobnowidowy, znaleziony w gruczole krokowym, jako rzecz główną. Już gołem okiem widać na przekrojach gruczołu krokowego rozszerzenie przestrzeni gruczołowych; tkanka podścieliskowa dość skąpa; pod drobnowidem zajmują gruczoły 2/3 części skrawka. Jedne z gruczołów są wielkie, znacznie rozszerzone, oddzielone wązkiemi smugami podścieliska; inne przypominają gruczoły gronowe i rozsiane są niejednostajnie wśród podścieliska. Wyściółka przybłonkowa rozszerzonych przestrzeni gruczołowych zachowała się zaledwie wyjątkowo w stanie prawidłowym; w przeważnej bowiem części przestrzeni gruczołowych przybłonek jest nizki, raczej sześcienny, niż walcowaty. W innych gruczołach można stwierdzić jakby lekkie pomnożenie warstw przyściennego przybłonka. W podścielisku, zbudowanem zresztą prawidłowo, widać miejscami nacieki drobnokomórkowe.

Z badań swoich wnosi słusznie Dr. Motz, że w przypadku tym istniały zmiany w budowie ściany pęcherzowej, i że w gruczole krokowym nie można stwierdzić ani śladu zaniku. Wogóle zaś ze wszystkich znanych dotąd przypadków nie można nic pewnego wnosić. Griffiths miał stwierdzić w 18 dni po obustronnem wytrzebieniu zwyrodnienie tłuszczowe przybłonków gruczołowych. Inne badania, dokonane w 39 dni po obustronnem wytrzebieniu (Kelsey), oraz w 17 i 24 dni po obustronnem wycięciu przewodów nasiennych, nie dały żadnych wskazówek, świadczących o wystąpieniu zaniku gruczołu krokowego, zupełnie podobnie, jak w przypadku Motza.

Z przyjemnością stwierdzam, że wynik sumiennych badań Dr. Motza jest zupełnie zgodny z tem, co znalazłem w podobnym, badanym przez siebie przypadku, który byłby siódmym dotąd ogłoszonym [1]). I ja również, po wykonaniu wytrzebienia po jednej, wycięcia przewodu nasiennego po drugiej stronie, nie znalazłem w gruczole krokowym jakichkolwiek zmian, mogących znamionować początek zaniku; jeżeli zaś one istniały, to były zupełnie zagłuszone i zakryte przez obraz, cechujący według moich badań tak zw. przerost gruczołu krokowego. *Ciechanowski.*

[1]) Przypadek ten, pochodzący z krakowskiej kliniki chirurgicznej, objęty jest pracą moją, wychodzącą właśnie w „Przeglądzie chirurgicznym“.

V. Wyciągi.

Paschkis: **O zastosowaniu kseroformu w chorobach skóry i narządu płciowego.** (*Wien. klin. Rund.* 1897 Nr. 42). Kseroform stanowi lekki, drobny, żółtawy, nierozpuszczalny, i bezwonny proszek, łatwo rozsypujący się w pył.

Autor stósował go w 62 przypadkach wrzodu miękiego (wyleczenie w ciągu 1—4 tygodni), oprócz tego w wielu przypadkach opryszczków (*herpes*) napletka, wrzodu twardego, wrzodu podudzia i oparzeń 2go stopnia. Wyniki, jakie osiągnął, były nadzwyczaj korzystne, bo nawet w tych przypadkach, w których już przedtem stósowano bezskutecznie inne środki, n. p. jodoform, siarkan miedziowy, osiągnięto w krótkim czasie zupełne wyleczenie. Wrzody szybko się oczyszczały i nawet przy głębszych utratach istoty, pokrywały zdrową ziarniną.

Korzystną nadzwyczaj okolicznością jest to, że kseroform nie działa żrąco, ani nie tworzy strupa, ułatwiającego zatrzymanie wydzieliny. Temu też przypisać należy, że tak rzadko przychodziło do zajęcia gruczołów.

Lewkowicz.

Dr. W. Görlitz: **O rumieniu węzłowatym** (*erythema nodosum*). (*Münch. med. Woch.* 1897, 46). Autor spostrzegał w ostatnich czasach trzy przypadki tego cierpienia, któremu towarzyszyły ciężkie powikłania ze strony serca i opłucnej. Zestawiwszy także poprzednio spostrzegane przypadki na klinice prof. Starcka w liczbie 30, przychodzi do wniosku, że rumień węzłowaty jest chorobą występującą pod postacią ostrej choroby zakaźnej; gdy istnieje obok niedokrewności, gośćca lub jakiej innej choroby zakaźnej, nie zdaje się być wtedy następstwem tego stanu chorobowego, ale rozwija się skutkiem skłonności przez tę chorobę wywołanej. Nie spostrzegał jednak G. nigdy tego cierpienia w przebiegu kiły, jak to tak często opisuje Lewin; wspomina natomiast o nagminnem występowaniu, coby jeszcze dobitniejszym było dowodem zakaźności tej choroby. *F. K.*

Doc. Dr. M. Zeissl: **O leczeniu kiły.** (*Wiener medicinische Presse* 1897, 47). Autor jest zdania (o czem i szkoła krakowska poucza), że leczenie kiły rtęcią należy rozpoczynać dopiero po wybuchu objawów ogólnych, opierając się na doświadczeniu, że rtęć przedtem podawana spóźnia tylko wybuch zmian ogólnych, ale ich nie usuwa, że wtedy występują łatwiej nawroty i zmiany póżne, wreszcie, że w nawrotach użyć musimy znacznie większych ilości rtęci dla usunięcia zmian. Doświadczenie poucza nas również, że często wśród leczenia rtęcią występują świeże zmiany kiłowe coby dowodziło, że rtęć nie jest swoistym lekiem przeciwkiłowym. — Co do długości okresu podawania rtęci, to twierdzi Z., że stosuje ten lek tylko wtedy, gdy zmiany kiłowe istnieją czy to na skórze lub błonach śluzowych, czy też pod postacią kiły dzieci już z chorobą urodzonych. — Leczenie przeciągłe Fourniera odrzuca autor zupełnie, bo nie ma ono, wedle jego zdania, tego znaczenia, które mu przypisują, na dowód czego przytacza Z. przypadki zakończone w krótkim czasie bardzo niepomyślnie, mimo dokładnego kilkuletniego leczenia przeciągłego.

Lagrange et Cosse: **Porownanie działania holokainy i kokainy w okulistyce.**

(*Recueil d'ophtalm.* 1897 No 11). Jako środek miejscowo znieczulający, zamiast kokainy, polecano w ostatnich czasach dość gorąco eukainę, tropakokainę i holokainę, a zwłaszcza tę ostatnią, otrzymaną z początkiem r. 1897 przez Täubera w Berlinie. *Holocainum hydrochloricum* przedstawia białe igiełkowate kryształki, które rozpuszczają się mało w zimnej, łatwiej w gorącej wodzie, są smaku gorzkiego i oddziałują obojętnie. Używanie tego przetworu w okuli-

styce, zalecał zwłaszcza Hirschberg, Kuthe i Gutmann w Niemczech, a we Francyi pierwszy Berger. Wszyscy przyznają mu nad kokainą pewną wyższość, polegającą na tem, że znieczulenie miejscowe występuje szybciej i trwa dłużej, że nie rozszerza źrenicy i nie wpływa ani na akomodacyę, ani na ucisk śródoczny. Prócz tego, twierdzą niektórzy, że nie sprawia wysychania i łuszczenia przybłonka rogówki (Berger) i że działa antyseptycznie (Heinz, Schloesser).

W obec tych zachęcających spostrzeżeń autorowie przedsięwzięli szereg doświadczeń w uniwersyteckiej klinice okulistycznej w Bordeaux, w ten sposób, że wybierali przypadki, w których u tego samego chorego na obu oczach była wykonana podobna operacya, stosując na jednem oku roczczyn holokainy 1:100, na drugiem kokainy 2·5:100. Zebrali ogółem 50 spostrzeżeń następujących: a) w 23 przypadkach silnego zapalenia spojówek osiągnięto za pomocą 10 kropli holokainy daleko wybitniejsze znieczulenie niż za pomocą kokainy tak, że przyżeganie kamieniem piekielnym *in substantia*, oraz kamieniem sinym, było zupełnie prawie nie bolesnem, jedynie w 1 przypadku szczoteczkowania spojówki, jaglicą dotkniętej, pomimo 15 kropli holokainy, ból był tak dotkliwy, że zabiegu musiano dokończyć w narkozie chloroformowej. b) w 15 przypadkach, w których wykonano rozmaite drobne operacye na częściach dodatkowych oka, spojówce zresztą prawidłowej lub rogówce, wyjęcie n. p. obcego ciała z rogówki było zupełnie niebolesnem, chory nie czuł nawet dotknięcia już po zapuszczeniu 2 kropli kokainy. Przy operacyi zeza, na oku operowanem pod holokainą, stwierdzono mniejszą bolesność niż na oku kokainizowanem. Toż samo przy operacyi skrzydełka *(pterygium)* i jęczmyka stwardniałego *(chalazeon)*, a przy amputacyi przedniego odcinka gałki metodą Weckera otrzymano, po zapuszczeniu 6 kropli holokainy do worka spojówkowego i wstrzyknięciu 6 kropli pod spojówkę, kompletne znieczulenie.

c) Przy 7 większych operacyach zaćmy, irydektomii i sklerotomii również znieczulenie było wystarczającem i nie przedstawiało zresztą nic szczególnego w porównaniu z kokainą.

Spostrzeżenia te przemawiają zatem, że holokaina działa znieczulająco na oko prawidłowe mniej więcej w tym samym stopniu, co kokaina, lecz za to w znacznie wyższym na spojówki, będące w stanie zapalnym. Na źrenicę, akomodacyę i ucisk śródoczny nie wpływa lub podnosi ten ostatni bardzo nieznacznie i przemijająco. Nie wywołuje wyschnięcia przybłonka rogówkowego, a krwawienie przy operacyach na spojówce zdaje się być mniejsze niż przy kokainie. W obec tego, sformułowali autorowie następujące wskazówki praktyczne:

1) Holokaina w rozczynie 1 na 100 oddaje szczególniejsze usługi tam, gdzie spojówka znachodzi się w stanie zapalnym i gdzie tem więcej chodzi o dokładniejsze znieczulenie.

2) Przewyższa kokainę przy operacyach zezu, jęczmyka stwardniałego *(chalazeon)* skrzydlika, lub przy wyjmowaniu obcych ciał z rogówki, przyczem można bez obawy wstrzyknąć pod skórę lub też pod spojówkę 4 do 8 kropli rozczynu 1:100.

3) Kokainie natomiast w rozczynie 2—3% należy oddać pierwszeństwo przy wszystkich tych zabiegach na gałce ocznej, przy których obniżenie ucisku śródocznego jest pożądanem.

4) Do operacyi zaćmy lub irydektomii, jeżeli nie ma jakiegoś szczególniejszego wskazania, najlepiej używać mięszaniny holokainy z kokainą według następującej formułki: *Rp. Holocaïni hydrochlor. 0·05, Cocaïni hydrochl. 0·10, Aqu. dest. 10·0.*

Dr. Langie.

W. Winternitz: **Leczenie otyłości zabiegami fizycznymi.** *(Blatt. f. klin. Hydr.*, 1897, Nr. 12). Z używanych obecnie sposobów leczenia otyłości, metoda dyetetyczna (Harvey-Banting, Ebstein) zbyt wiele wymaga od chorych panowania nad sobą, a ponadto jest czasem wprost niebezpieczna. Metoda organoterapeutyczna jest wolną od pierwszego błędu, bo działa przez wzmożenie utleniania w ustroju; dotychczasowe jednak doświadczenia pozwalają wątpić, czy uda się kiedykolwiek substancye działające, otrzymywane z martwych narządów, uwolnić od toksyn i innych wytworów, wywołujących wcale niepożądane działania uboczne.

Idealną metodą byłaby taka, któraby, bez ograniczenia dyety, usuwała zbyteczny tłuszcz przez wzmożenie fizyologicznego zużywania jego w ustroju. Tym postulatom czyniłaby zadość praca mięśniowa; ma ona jednak tę wadę, że podwyższa ciepłotę ustroju i przez to wywołuje rozpad białka tkanek. Temu jednak można zaradzić przez poprzednie oziębienie ustroju, które prócz tego oddziaływa bardzo korzystnie na narząd krążenia, układ nerwowy i wymianę materyi. Bardzo pomocnymi mogą być zabiegi napotne, które ułatwiają wessanie tłuszczu przez swoje działanie na układ krążenia, a przez powiększenie ilości białka, krążącego we krwi (C. Schmidt), chronią białko tkanek od rozpadu.

W. podaje następujący szemat leczenia:

Wcześnie rano chory poddaje się wzmożonemu poceniu w skrzyni parowej, poczem następuje energiczne oziębienie w postaci nacierania z polewaniem (Lakenbad), lub półkąpieli 18—16—14°, a wreszcie praca mięśniowa w wzmagającem się stopniowaniu.

Przedpołudniem niektórzy chorzy biorą jeszcze zabieg zimny (natrysk, nasiad), a popołudniu, u osobników odpowiednio wdrożonych, stosuje się podobną procedurę, jak rano, tylko w innej postaci (wilgotne lub suche otulenie z następową kąpielą pełną, zimną lub t. p.).

Znakomitym środkiem napotnym okazała się polecana przez Amerykanina Kellogga [1]) elektryczna kąpiel świetlna.

Dyety W. nie ogranicza ilościowo, ani jakościowo: każe tylko spożywać w małych ilościach naraz i ostrzega przed piciem ciepłych płynów.

W. otrzymał zapomocą tej metody, którą uważa za jedyną istotnie fizyologiczną świetne wyniki w setkach przypadków. Dokładnej statystyki nie podaje.

Dr. Eugeniusz Piasecki.

Prof. Poppert: **O ropieniu około nitek jedwabnych z uwagami o bezgnilnem traktowaniu ran** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 49 r. 1897). Mniejsza lub większa zdolność ran do gojenia się przez rychłozrost zależy, zdaniem autora, przeważnie od właściwości tkanek, w których się znajduje rana.

Zupełne uchronienie rany od zanieczyszczenia drobnoustrojami autor uważa za niemożliwe. Chcąc operować aseptycznie, w ścisłem znaczeniu wyrazu, musielibyśmy oczyścić ręce nasze i pole operacyjne tak dokładnie, jak to czynimy z narzędziami i jedwabiem, używanym do szycia rany; to zaś, przynajmniej jak obecnie, jest niewykonalnem. Jako przykład, że, mimo pewnego zanieczyszczenia, rana goić się może zupełnie pomyślnie, przytacza autor 150 laparotomij, wykonanych przez siebie w ostatnich dwóch latach, z powodu chorób żołądka, jelit i pęcherzyka żółciowego, przy których, wobec otwierania tych narządów, nie można było uniknąć wydobycia się z nich treści, zawierającej drobnoustroje, a przecież w żadnym przypadku nie przyszło do zapalenia otrzewnej. Po innych zabiegach, jako to: odjęciu sutka, operacyi przepukliny udowej u osób dorosłych, lub pachwinowej u dzieci, nie spostrzegał autor również wcale ropienia, podczas gdy po operacyi doszczętnej przepukliny pachwinowej u dorosłych, występował często przesącz surowiczy, powstawało ropienie około jedwabnych szwów węzełkowych, łączących powięzie mięśni brzusznych, wreszcie tworzyła się przetoka, przez którą szwy głębokie wraz z ropą wydostawały się na zewnątrz. Ponieważ, przy wszystkich zabiegach, zasady czystości zachowywano jednakowo, starając się niebezpieczeństwo zakażenia z zewnątrz ograniczyć do *minimum*, a mimo to rany po operacyi przepuklin pachwinowych u dorosłych okazywały większą niż inne skłonność do ropienia,

[1]) Fortschritte der Hydrotherapie. Wien 1897, pag. 126.

przeto główną przyczynę niepomyślnego przebiegu pooperacyjnego upatruje autor w słabem unaczynieniu i małej zdolności chłonienia, jaką posiadają powięzie, tkanki ścięgniste, które zeszywamy przy operacyi przepukliny pachwinowej. Skutkiem silnego, a w przypadkach ropienia prawdopodobnie za silnego, zawężlenia szwów jedwabnych, powstaje łatwo, zdaniem autora, obumarcie tkanki szwem uciśniętej. Tkanka ta, o ile nie zostanie szybko wessaną, drażni otoczenie jako ciało obce i wywołuje najpierw przesącz surowiczy, później zaś ropienie. Wynikiem tego sposobu zapatrywania było, że przy całej seryi przepuklin pachwinowych (30 przypadków), autor zawęźlał szwy głębokie tylko luźnie, unikając zgniecenia tkanki; wszystkie przypadki tak operowane zgoiły się przez rychłozrost.

Za pierwszy warunek dobrego gojenia się ran uważa P. takie postępowanie, przy którem tkanki pozostają odporne, a drobnoustroje, chociażby się dostały do rany, nie znajdują w niej podłoża, sprzyjającego ich rozwojowi. Zaleca zatem nie drażnić rany ani mechanicznie ani też chemicznymi środkami przeciwgnilnymi, bo takie postępowanie sprowadza obumarcie cząstek tkaniny. Co do sprawy, kiedy należy ranę sączkować, tamponować lub zaszyć zupełnie, mniema P., że ścisłe indywidualizowanie, z uwzględnieniem nietylko wieku i stanu zdrowia chorego, lecz także i właściwości tkanek otaczających ranę, może dać lepsze wyniki, niż trzymanie się pewnego stałego szablonu. Musimy się liczyć z odpornością ustroju, jako z tym czynnikiem, który uzupełnia braki w naszem bezgnilnem postępowaniu; a ponieważ zdolność tkanek do wchłaniania części obumarłych i odżywienie tkanek jest różnem nietylko u różnych ludzi, ale i w rozmaitych częściach ustroju tego samego osobnika, przeto też i nasze postępowanie powinno się zmieniać w miarę tego, z jakim chorym i z jakim narządem mamy do czynienia. *Piotrowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

V. Posiedzenie Rady zawiadowczej z dnia 23. X. 1897 roku.
Przewodniczący: Dr. Merunowicz. Obecni: Dr. Bylicki, Festenburg, Lachowicz, Świątkiewicz, Uhma, Zgórski.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zawiadamia:

a) że poczynił starania, by kwotę złr. 4,900 fundacyi Stillerowskiej, która była intabulowana na realności masy spadkowej Stillerów na stryjskiem, a po zlicytowaniu tej realności, spadła z tabuli, wydobyć z innych funduszów tej masy.

b) o procesach, wytoczonych przez dzierżawcę propinacyi morszyńskiej, a to, 1) za trzymiesięczne opóźnienie w oddaniu mu odnawianej karczmy na Wyhadówce, i 2) za rzekomą wysprzedaż trunków w zakładzie zdrojowym.

c) o nastręczającej się możności zakupna domu dla Towarzystwa w śródmieściu, a w warunkach mało kapitału angażujących; zwrócono się w tej sprawie o opinię do znawców.

3) Dzierżawcy folwarku w Morszynie wnieśli prośbę o upust tenuty dzierżawnej, z powodu klęski nieurodzaju. Uchwalono zasięgnąć w tej sprawie opinii u sąsiednich obywateli.

4) Uchwalono dla czterech wdów po lekarzach zapomogi w łącznej kwocie 205 złr. (Dotąd w roku 1897: złr. 2370 rozdano na zapomogi).

5) Podaniu zubożałego starca, doktora medycyny, który nie był członkiem Towarzystwa, musiano odmówić, bo Towarzystwo nie ma na ten cel funduszów.

Dr. Uhma, sekretarz gener.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne d. 19 Stycznia 1898.
Przewodniczy: kol. Surzycki. — Członków obecnych 29.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Na wniosek komitetu przyjęto w poczet członków czynnych Tow. lek. koll.: Ksawerego Lewkowicza i Jana Landaua.

3) Kol. prezes, w myśl brzmienia statutu, zawiadamia o przejściu kol. Krokiewicza z grona członków Tow. lek. gal. do Tow. lekar. krakowskiego.

4) Z porządku dziennego odczytują:

Skarbnik Tow. lek. kol. pr. Zarewicz sprawozdanie kasowe; sekretarz stały, kol. Sroczyński, sprawozdanie z czynności i ruchu Tow. lek. za rok 1897; administrator „Przeglądu lek.“, kol. Raczyński, sprawozdanie z administracyi „Przeglądu“; w zastępstwie nieobecnego bibliotekarza, kol. Surzycki, sprawozdanie biblioteczne; kol. Mars sprawozdanie Komisyi budowy domu dla Towarzystwa; kol. Sroczyński, w zastępstwie nieobecnego kol. Śliwińskiego, sprawozdanie Komisyi przemysłowej Tow. lek.; kol. Surzycki w zastępstwie nieobecnego kol. Trzebickyego sprawozdanie Komisyi sprawozdawczej do roczników Virchowa; kol. Browicz sprawozdanie Komisyi słownikowej.

Na zapytanie kol. Marsa, kiedy można się spodziewać wydania słownika, objaśnia kol. Browicz, że termin ten dokładnie oznaczyć się nie da; usilnem jednak staraniem Komisyi jest, by nastąpiło to jak najprędzej. Wszystkie odczytane sprawozdania przyjęto do wiadomości jednogłośnie; skarbnikowi Tow. i administratorowi „Przeglądu“ udzielono absolutoryum na wniosek Komisyi kontrolującej (koll. Gwiazdomorski i Mączka). Na wniosek kol. Gwiazdomorskiego podziękowano przez aklamacyę ustępującemu skarbnikowi, kol. Zarewiczowi, za sumienną i gorliwą pracę na tem stanowisku w ciągu 18 lat.

Następuje dokończenie etyki lekarskiej, którą z małymi zmianami w całości przyjęto.

Po wyczerpaniu porządku dziennego ustępujący prezes kol. Surzycki, w krótkiem przemówieniu, streścił swą działalność w ciągu dwuletniego prezesostwa, wymieniając sprawy wybitniejsze; jeśli zdołał pokonać wielkie trudności, to musi tu wyrazić wdzięczność komitetowi, który go życzliwie i energicznie wspierał.

Nowo wybrany prezes, kol. prof. Jakubowski, w krótkich słowach dziękuje kol. Surzyckiemu w imieniu Tow. za jego pełną gorliwości pracę na stanowisku przewodniczącego.

Obecni długotrwałymi oklaskami dziękowali i żegnali ustępującego prezesa.

Sekretarz: *Dr. Borzęcki.*

VII. KORESPONDENCYE.

Warszawa. Styczeń, 1898.

Od czasu mojej ostatniej korespondencyi, ubyło kilku wybitniejszych pracowników z szeregu naszych lekarzy. Najdotkliwszą stratę ponieśliśmy przez śmierć ś. p. Krysińskiego. Był to człowiek niepospolitej wiedzy i żelaznej wytrwałości, — osobistość wielce oryginalna. Towarzystwo lekarskie utraciło w nim najgorliwszego członka, który zawsze pierwszy przychodził na posiedzenia, z uwagą słuchał całego przebiegu rozpraw i brał w nich żywy udział, zdradzając w każdem odezwaniu się głęboką i rozległą wiedzę, poszanowanie nauki i miłość prawdy. Krysińskiego nazwał ktoś trafnie Sumieniem Towarzystwa. Nie przepuścił on nikomu żadnego uchybienia przeciwko prawdzie i ścisłości naukowej, żadnego wykroczenia przeciwko czystości języka, jak również nie zaniedbał nigdy gorących słów uznania dla rzetelnej wiedzy i pracy. Łatwo mu to przychodziło, gdyż był bardzo wymowny, mówił pięknie i z temperamentem. Ta pochopność do ostrej krytyki zrobiła mu wielu nieprzyjaciół, ale bardzo dodatnio wpływała na podniesienie poziomu rozpraw w Towarzystwie. Każda sprawa, dotycząca tego ostatniego, znajdywała w Krysińskim gorącego rzecznika;

znanym jest powszechnie jego udział w ustanowieniu nowego regulaminu Towarzystwa, komisyi bibliotecznej i t. d. Nic więc dziwnego, iż członkowie Towarzystwa uchwalili zawieszenie jego portretu w sali posiedzeń. Z prac naukowych Krysińskiego najtrwalszym pomnikiem będzie „Słownik anatomiczny“, całkowicie przez niego ułożony i mający być wydanym nakładem kassy Mianowskiego.

Jestto tłómaczenie znanego słownika Hissa, z dodaniem bardzo szczegółowego słownika etymologicznego. Smierć zaskoczyła Krysińskiego przy korekcie pierwszego arkusza tej imponującej pracy. Wydanie tej spuścizny po ś. p. Krysińskim wziął na siebie kol. Stanisław Markiewicz przy współudziale kolegów A. Puławskiego, B. Sawickiego i A. Śmiechowskiego. Druk słownika będzie ukończony w końcu r. b.

Ś. p. Jan Sawicki, lekarz z Grajewa, był autorem kilku dobrych prac z dziedziny fizyologii i należał do nielicznej garstki tych lekarzy-idealistów, którzy, obok ciężkiej pracy zawodowej, znajdują czas na zajmowanie się sprawami czystej nauki, na wybieganie myślą poza szranki codziennych interesów życiowych. Cześć im!

Wybory w Towarzystwie zajęły nam parę wieczorów. Jest-to coroczna danina, jaką się składa Molochowi ambicyi pewnych kółek, które chcą koniecznie „przeprowadzić“ swoich kandydatów na różne godności w Towarzystwie. Czy nie byłoby lepiej na niektóre przynajmniej urzędy wybierać corocznie nowych ludzi? Dałoby się przez to możność obznajmienia ze sprawami towarzystwa szerszemu kołu członków i zarazem uczyniłoby się zadość ambicyi ludzkiej łatwiej niż teraz, gdy wszelkie godności dostają się zwykle ograniczonemu kółku wybrańców.

Organ naszego Towarzystwa — *Pamiętnik* — ulepsza się ciągle pod względem treści i grubieje w objętości nieproporcyonalnie do liczby prenumeratorów. Drugi nasz „archiw“ specyalny — *Przegląd chirurgiczny* — istnieje tylko dzięki ofiarności jego wydawcy, kol. Krajewskiego. Dlatego zdziwiła nas niepomiernie pogłoska (w *Now. lekarskich*) o zamiarze wydawania nowego „archiwu“ u was. Czyż nie byłoby właściwiej i praktyczniej skupić siły naukowe koło dwóch już istniejących polskich archiwów, zasilać je pracami, a zwłaszcza... prenumerować i czytać, niż stwarzać trzeci „archiw“? Zkąd brać autorów i... prenumeratorów? *Pamiętnik* pod względem taniości może iść w zawody chyba tylko z wydawnictwami ludowemi (3 ruble rocznie z przesyłką). Pod względem wartości stoi on tak wysoko, jak tylko u nas „archiw“ naukowy stać może, chętnie otwiera swe podwoje dla wszelkiej pracy wartościowej, nie oglądając się na koszta wydawnictwa (rysunki, tablice i t. d.). *Pamiętnik* dał swoim prenumeratorom bibliografię literatury lekarskiej polskiej za lat 60, a corocznie daje streszczenie wszystkich prac lekarskich polskich, redagowane przez ludzi kompetentnych, a jednak... w Galicyi można policzyć na palcach jego prenumeratorów, a i u nas, poza członkami Towarzystwa, którzy muszą *Pamiętnik* prenumerować obowiązkowo, również niewielu liczy prenumeratorów płatnych. Czyż to nie jest przestrogą, iż nowy „archiw“ nie ma żadnych widoków powodzenia? Nie łudźmy się! polska medycyna współczesna nie jest tak bogatą, aby nie mogła się zmieścić w dwóch już istniejących „archiwach“, ani lekarze polscy tak pochopni do prenumerowania ściśle naukowych pism swojskich. Stokroć byłoby lepiej, powtarzam, popierać już istniejące „archiwy“, niż stwarzać nowy, skazany z góry na nędzne wegetowanie.

Skłonność do drukowania, a wstręt do prenumerowania i... czytania rzeczy własnych, jest cechą znamienną naszego ogółu lekarskiego.

Zapewne są niektóre dziedziny umiejętności lekarskiej, pewne specyalności, które domagają się już osobnego organu. Oto mamy przed sobą pierwszy zeszyt miesięcznika, wydawanego przez kolegę B. Dzierżanowskiego p. t. *Przegląd dentystyczny*. Sztuka dentystyczna znacznie się u nas już rozwinęła, sprawy obchodzące dentystów, jako zanadto specyalne, rzadko mogą być uwzględniane w pismach lekarskich; dlatego to zjawienie się takiego miesięcznika wydaje się nam zupełnie usprawiedliwionem. W pierwszym zeszycie znajdujemy obszerniejszy artykuł oryginalny samego redaktora, znanego już z kilku prac poważniejszych, jednę notatkę i kilka umiejętnie dobranych wyciągów, kronikę i sprawy zawodowe. Pokaźna liczba ogłoszeń, zdaje się, pozwoli pismu istnieć samodzielnie, bez szczególnych zapomóg i ofiar, jak to się praktykuje z większością naszych pism lekarskich.

Ze spraw szpitalnych, tak drogich dla każdego lekarza, mamy do zanotowania rozporządzenie Rady miejskiej o podwyższeniu etatu na żywienie chorych o 5 kopiejek dziennie na osobę. Jest to ważny krok naprzód w dziejach naszego szpitalnictwa. Brzmi to może dziwnie, ale tak jest; bo gdy na żywienie chorego można wydać zamiast 15 kop. — 20, to już ma się pewność, że cierpieć głodu nie będzie. Czyż to nie ważna reforma? Takich reform, niestety, należałoby przeprowadzić bez liku. Brak szpitali w całym kraju, a zwłaszcza w Warszawie, brak najpotrzebniejszych wygód dla chorych, nędzne uposażenie lekarzy i całej usługi szpitalnej, zaczęły dopiero od niedawna być przedmiotem krytyki publicznej. Polepszenie żywności dla chorych jest pierwszym faktem uwzględnienia tej krytyki. Gdyby w swoim czasie uwzględniono krytykę projektów nowego szpitala Dz. Jezus, nie mielibyśmy takich rozczarowań, jakich się doznaje na widok już rozpoczętej budowy nowego gmachu tego szpitala. Miejsce wybrano nieodpowiednie tak co do położenia jak i co do obszaru; nie poczyniono odpowiednich studyów przedwstępnych, nie uwzględniono wymagań lekarzy szpitalnych, jednem słowem pójdzie niemało grosza (przeszło milion rubli) na rzecz daleką od ideału, do którego przecież dążyćby należało.

O wiele lepszym będzie nowy szpital żydowski, którego projekt został szczegółowo opracowany nie drogą kancelaryjną, lecz przez grono ludzi fachowych, przy współudziale Towarzystwa lekarskiego, za inicyatywą zmarłego Dra Ludwika Natansona. Tak więc i na tem polu będziemy pobici przez żydów, którzy znajdując się w tych samych warunkach co i my, przecież potrafią sobie lepiej radzić. Naczelnym lekarzem szpitala żydowskiego zostanie znany okulista Zygmunt Kramsztyk, redaktor Krytyki lekarskiej. —

Z chorób, panujących w Warszawie, w ostatnich czasach, płonica zabrała kilka ofiar ze sfer znanych, co stało się przyczyną wielkiego popłochu wśród publiczności. Obecnie jednak epidemia ta słabnie liczebnie i jakościowo. Obok płonicy panowała odra, różyczka (*rubeola*), ta ostatnia często w postaci epidemii domowych, dalej gościec stawowy, zapalenie płuc i żółtaczka, — jednem słowem cała falanga chorób zakaźnych. Niektórzy przypisują to zbyt łagodnej zimie, przechodzącej prawie bez mrozu. Do odkażania mieszkań i rzeczy coraz częściej jest u nas stosowana formalina w postaci gazu, czem się specyalnie zajmuje kol. Leon Nencki, który przygotowuje pracę o tym przedmiocie.

Prawdzic.

VIII. Zjazd higienistów niemieckich odbyty w Karlsruhe od 14 do 17 listopada b. r.

Zestawił

Dr. J. Buszek,

fizyk m. Krakowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Ostatni temat rozpraw stanowiło: „Szerzenie się chorób zaraźliwych w zakładach kąpielowych i klimatycznych; środki ochronne

dla mieszkańców i gości takich miejscowości.

Za podstawę do wywodów służyły następujące wnioski:

1) Mniejszą jest możliwość, aby goście zawlekali choroby zaraźliwe do zakładów kąpielowych i klimatycznych, aniżeli odwrotnie.

2) W zakładach kąpielowych i klimatycznych muszą obowiązywać przepisy policyjno-sanitarne te same, co w innych, szczególnie ruchliwych miejscowościach.

3) Jednym z najważniejszych środków dla zapobieżenia przenoszeniu i szerzeniu chorób zaraźliwych, jest donoszenie o nich przez lekarzy.

Należy tedy nałożyć wszędzie na lekarzy obowiązek donoszenia o chorobach zaraźliwych, gdzie jeszcze ten obowiązek nie istnieje.

4) W każdym zakładzie kąpielowym i klimatycznym musi być przewidziana sposobność ku temu, by w danych warunkach można użyć przyrządu desinfekcyjnego.

5) W zakładach kąpielowych i klimatycznych muszą być ustanowieni dobrze wyuczeni desinfektorzy.

6. W zakładach kąpielowych i klimatycznych musi być postawiony stosowny budynek (trupiarnia, dom przedpogrzebowy) dla doraźnego pomieszczenia zwłok zmarłego gościa.

Sprawozdawcą był tajny Radca Dr. Battlehner. Przedstawia on ciekawy obraz stosunków głównie w Baden-Baden i zastanawia się nad pytaniem, jakich środków ma użyć zakład kąpielowy, celem zapobiegania chorobom zaraźliwym i dochodzi do wniosku, że w pierwszym rzędzie chodzi o ścisłe przestrzeganie ogólnych higienicznych warunków, jak: dobre mieszkanie, zdrowa woda do picia, porządne czyszczenie miasta i t. p ; koniecznem jest, by istniała trupiarnia. Należy wodę do kąpieli badać bakteryologicznie. Sprawozdawca jest wreszcie za zaprowadzeniem ze strony państwa ustawy przeciwko wszelkiej zarazie. W rozprawie zaleca Gaffgy zaprowadzenie wodociągu i należytego odwodnienia. Dr. Neidthardt jest za utrzymywaniem izolacyjnej izby dla odosobnienia pierwszych przypadków chorób zaraźliwych.

Jeżeli obfity materyał, postawiony na porządku dziennym, budził ogólne zajęcie, to największą korzyść musiał każdy odnieść z oglądania urządzeń higienicznych, jakich miastu Karlsruhe może pozazdrościć nawet wiele miast niemieckich.

Karlsruhe, mające mało co więcej mieszkańców aniżeli Kraków, zbudowało sobie kosztem 3,000.000 Mk., jeszcze w roku 1871, wodociąg z wodą gruntową, który dziennie dostarczyć może 22,000 m³ razem, a na dobę i osobę około 140 m³. Największe dotąd spotrzebowanie wody w ciągu jednego dnia wynosiło około 22,000 m³, najmniej 6,828 m³. Spotrzebowanie wody oznaczają tylko w ⅓ części zapomocą wodomierzy i w tym stosunku za nią opłacają; resztę wody każą opłacać w stosunku do czynszu. Zamiast wieży dla pomieszczenia zbiornika usypano kopiec, z którego rozległy roztacza się widok i na którym urządzono spacery, a doły, powstałe po wydobyciu ziemi na jego usypanie zamieniono w stawy.

Dla nieczystości kloacznych zaprowadzono prawie wyłącznie system dołowy. Przedsiębiorca prywatny pompuje je za opłatą od właścicieli domów po 80 fen. za 1 m³. i gromadzi je w murowanych dołach, skąd je po cenie 1--2 Mk rolnikom sprzedaje. Do kanałów wolno wyjątkowo wprowadzać nieczystości z wychodków, lecz te muszą być sposobem „Friedricha" odwietrzane tak, że tylko części płynne dostają się do kanałów. Sieć kanałowa ma 68 km. długości i zbudowano ją kosztem około 4,000.000 Mk. Każdy właściciel nowego domu musi go połączyć przed udzieleniem pozwolenia na zamieszkanie z ogólną siecią kanałową. Mniejsze kanały są z betonu cementowego, większe murowane. Kolektor ma na dnie rynienkę dla zwyczajnego odpływu, po bokach zaś jego są wygodne chodniki, któremi idąc, nie czuje się prawie kanałowej woni. Czyszczenie kanałów odbywa się zwyczajnie zapomocą wody najprzód spiętrzonej zapomocą stawideł, a potem nagle wypuszczonej. Do tego celu używają także wody z wodociągu, raz do roku także szufli, szczotek; piasek wydobywają z dna, jeżdżąc łódkami. Przewietrzanie kanałów odbywa się przez okna kanałowe, zapomocą otworów w głównym kanale, rynien, a prócz tego jedna część miasta ma kanały połączone z kominem budynku maszynowego łazienek miejskich. Plan zaprowadzenia kanałów spławnych dla odprowadzania wszystkich nieczystości kloacznych ma Karlsruhe opracowany, a Rząd nie sprzeciwia się temu, by je do Renu odprowadzać.

Szkoły nowsze są wzorowo urządzone. Sale szkolne mieszczą najwięcej 50 uczniów. Na 1 ucznia wypada 1,38 m² podłogi, a przestrzeni 4,9—5,7 m³ przy wysokościach 4,10 do 4,20 m. Powierzchnia oświetlająca okien wynosi ¼ część powierzchni podłogi. Światło dla sal starają się mieć północne, dla korytarzy południowe. Podłogi są z deszczułeczek dębowych fugowanych. Napuszczają je 3 razy olejem, jak są nowe, a potem raz co rok. Ściany do wysokości 1,20 m. mają okładki drewniane, reszta ścian wyklejona szaro zielonemi tapetami. Drzewa na ścianach, drzwi, okien i t. p. nie pociągają farbą olejną, tylko napuszczają je olejem i lakierują tak, że drzewo ma naturalną barwę utrzymaną. Ławki są dwusiedzeniowe, w trzech rzędach ustawione. Siedzenia są nieruchome; uczeń wywołany, wychodzi z ławki odpowiadając, gdyż i przejścia między ławkami są dostatecznie szerokie. Wielkość ławek, stósownie do wzrostu uczniów, jest sześcioraka. Budynek szkolny zaopatrzony jest w gaz i w wodociąg. Ogrzewanie odbywa się zapomocą pieców gazowych i ten sposób ogrzewania powszechnie sobie chwalą, gdyż jest tańszy, wymaga mniej obsługi i pozwala każdego czasu regulować łatwo ciepłotę. Sala gimnastyczna używana także jako sala zebrań. Wychodki w nowszych budynkach są wprawdzie osobno stawiane, ale są połączone na wszystkich piętrach zapomocą korytarzy z głównym budynkiem, i mają dobrze przewietrzane przedsionki i podwójne drzwi oszklone. Komórki są ze spłukiwaniem, podobnież i pisoary. Schody są z twardego piaskowca do 2 m. szerokie. Do przewietrzania służą kanały prowadzone z zewnątrz budynku do pieców, oprócz tego są otwory do kominów z klapami naprzeciw okien; w oknach zaś u góry są kwatery do otwierania i żaluzye szklane. W piwnicach urządzone są kąpiele tuszowe. W rozkładzie godzin wyznaczono dla każdej klasy godziny do kąpieli. W tych godzinach jest pisanie, albo podobny przedmiot. Co kwadrans udaje się do tuszu po 10 uczniów. Czy który z nich ma się kąpać, to zależy od woli rodziców. Kąpiele te służą w niektórych szkołach także jako kąpiele ludowe po 5 fen. od osoby. Ogrzewanie wody odbywa się zapomocą pieców gazowych osobnej konstrukcyi.

Stowarzyszenie dla dostarczania roboty, ma za zadanie bezpłatnie wystarać się o zarobek dla tych, którzy nie chcą żebrać. Na koszta zarządu składają członkowie najmniej po 20 Mk.; miasto i powiat po 100 Mk., państwo 1600 Mk. W roku 1896 wpłynęło podań 16700, z tych 16037 załatwiono ku zadowoleniu petentów.

Stowarzyszenie przeciwżebracze, wzięło sobie za zadanie dostarczać ubogim zaopatrzenie w naturze i nocleg, a w koniecznych przypadkach kupuje bilety jazdy ubogim podróżnym. Do wsparcia zgłasza się rocznie 6000—8000 ubogich. Stowarzyszenie rozporządza rocznie 3000 Mk., i te wystarczają do zaspokojenia najniezbędniejszych potrzeb. Dotąd jeszcze się nie udało przeszkodzić w zupełności żebractwu, gdyż jeszcze dużo ludzi daje żebrakom pieniądze; lecz od czasu, jak Stowarzyszenie to żąda, od udających się po wsparcie, poświadczenia od towarzystwa nastręczającego zarobek, że go znaleść nie mogą, odtąd zmniejszyła się liczba proszących o wsparcie rocznie blisko o 1000. Żebraków oddają właściwym władzom jako włóczęgów do ukarania.

Przytulisko dla terminatorów jest miejscem zebrań dla terminatorów rzemieślniczych; gdzie pod nadzorem czytają, piszą i bawią się. Zakład ten posiada od-

powiednią bibliotekę. Lokal dała gmina, koszta utrzymywania pokrywają odsetki od funduszu zebranego na drodze składek. Zakład bywa otwarty od 1 Października do 1 Maja, a mianowicie od 7½—9½ godz., a w niedziele i święta od 3—5 godz. po południu.

G o s p o d a d l a c z e l a d z i n i e ż o n a t e j, utrzymywana przez stowarzyszenie, przyjmuje za bardzo nizką opłatą czeladników kawalerów na mieszkanie, daje im zdrową i dobrą żywność, przyzwoite towarzystwo, religijną opiekę i ojcowską radę. Wszelkie zyski obracają na ulepszenie i podniesienie zakładu. Łóżek w nim jest dotąd 102, każde po 20—30 fen. Napoje wyskokowe, karty i wogóle gry hazardowe są wykluczone. Codziennie odbywają się wspólne modlitwy, rano i wieczór, o ile który z mieszkańców chce w nich brać udział.

J a d a l n i a i o g r z e w a l n i a urządzone są w przyzwoitym budyneczku dla robotników pracujących na wolnem powietrzu, gdzie mogą jadło, zazwyczaj przyniesione, spożyć i zagrzać się.

O c h r o n k i mają za zadanie pielęgnować dzieci ubogich mieszkańców od 14 dni do 3 lat życia za opłatą zwyczajnie 10 fen. dziennie, bez różnicy wyznania, a matkom ich dać możność zarobkowania. Śmiertelność pomiędzy temi sztucznie karmionemi dziećmi, dochodzi zaledwie do 10%. Dzieci tam przybywające przebierają w odzież zakładową, a ich własną, aż do ich wyjścia, przechowują w osobnej szatni. Czystość i porządek są tam wzorowe. To też matki przychodzące z dziećmi widzą, jak je pielęgnować należy.

K u c h n i e l u d o w e wydają obiady, wieczerze i kawę. Obiad składa się z ½ l. zupy, ½ l. jarzyny i mięsa (130—160 gm. surowego, a 90—110 gm. gotowanego), 6—7 porcyj z 1 kga. Zupa, jarzyna i mięso kosztuje 30 fen., zupa i mięso 25 fen., zupa 10 fen. Wieczerza kosztuje 25 fen., filiżanka kawy z mlekiem i cukrem 7 fen. W r. 1896 wydały 3 kuchnie 175273 porcyj płatnych, 13719 ubogim za cenę 51830 Mk. Panie ze stowarzyszenia podają gościom za markami jedzenie. Robotnicy więc mają bardzo tanie, obfite i zdrowe jedzenie w mieście, a liczne bardzo pociągi pozwalają im mieszkać po wsiach okolicznych.

S z k o ł y k u c h a r s k i e przyjmują dziewczęta od 15 roku życia na naukę, która trwa od godz. 8 rano do 4 popołudniu. Kurs trwa 73 dni i bywa ich rocznie 5, każdy dla 16 uczennic. W zakładzie może 9 mieszkać za opłatą dzienną po 1,40 Mk. Przychodzące z miasta płacą 60 fen. dziennie. Bywają także kursa wieczorne. Z tych szkół wychodzą, po przebyciu trzech kursów, nauczycielki kucharstwa, wędrowne zazwyczaj.

Uczestnicy zjazdu urządzili wycieczkę także do Baden-Baden, gdzie świeżo ukończono kanalizacyę ze zbiornikami osadnikowemi według Rothe-Roecknera. Kanał główny, przyjmujący sieć bocznych, jest z żelaza lanego; dalszy, przełazowy — murowany, jajowaty. Większe kanały w mieście są również murowane, gdzie jest wielki spadek — żelazne. Szluzy domowe są z rur kamionkowych glazurowanych. Dla oczyszczenia przechodzi treść kanałowa najprzód przez osadnik, gdzie piasek z innemi cięższemi częściami na dno opada, a sito na nim położone powstrzymuje również pływające większe nieczystości. Z tego zbiornika wydobywają osadzone nieczystości i we właściwych dołach mięszają je z proszkiem torfowym na nawóz. Z osadnika tego dostają się ciecze rurami żelaznemi do podwórza o 3 metry niżej położonego, gdzie, płynąc w otwartych murowanych kanałach, mięszają się z mlekiem wapiennem i z rozpuszczonym kaolinem. Dla lepszego zmięszania dostają się potem ciecze do tak zw. wież oczyszczenia, t. j. studzien, gdzie jest mięszadło i pompa do wyciągania osadu. W te studnie zapuszczone są wieże żelazne, cylindryczne dzwony. W dzwonach tych, zapomocą pomp, rozcieńcza się powietrze, przyczem ciecze wznoszą się w nich oczyszczone z osadu i odpływają rynienkami na zewnątrz, zaś części stałe cieńsze, zmięszane z cząstkami mleka wapiennego i kaolinu, osadzają się na dnie. Osadzony muł utrzymuje się zapomocą mięszadeł o tyle w ruchu, że rozwodniony może się dać wyciągać do filtrów, gdzie bywa po największej części pozbawiony wody. Muł następnie wysusza się i wygniata w cegiełki. Cegiełki można mleć i jako nawóz rozsypać po roli. Do kontrolowania, czy w wieżach ciecze są dobrze oczyszczone, służą osobne przyrządy z rurkami szklanemi. Nadzwyczaj zajmującem jest widzieć, jak obok siebie przepływają ciecze: jednym otwartym kanałem brudne prawie atramentowo, a drugim zupełnie czyste.

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

W sprawie lekarzy okręgowych.

Przewodnią myślą wywodów Dra Stelli Sawickiego jest wykazanie, że instrukcya wkłada na lekarzy okręgowych za wiele obowiązków, po większej części niewykonalnych, przeto nic nie robią, tembardziej, iż mając za wiele przełożonych, są właściwie niezależni; dalej, że instytucya lekarzy okręg. nie przyniosła spodziewanych korzyści, a jest tylko kosztownym ciężarem dla kraju, przeto należy ją upaństwowić.

Taki bezwzględny sąd musi dotknąć niemile przedewszystkiem nas, lekarzy okręgowych. Czy lekarze okręgowi zdołają, z dodatkiem *c. k.* i żandarmem do pomocy, rychlej poprawić stosunki sanitarne w Galicyi, niż teraźniejsi autonomiczni, pozwalam sobie powątpiewać. Byłaby więc trochę odmienna ustawa, ale... na papierze. Że dotychczas niema widocznych owoców pięcioletniego istnienia instytucyi lekarzy okręgowych, nie należy się dziwić. Wątpię nawet, czy ustawodawcy spodziewali się tak rychłego wyniku. Trudno jednak wymagać od kilkudziesięciu ludzi nagłego poprawienia stosunków sanitarnych, znajdujących się od wieków w opłakanym stanie. Na poprawienie to nie można wpłynąć tylko jednym czynnikiem: lekarzami okręgowymi i rocznym wydatkiem wynoszącym ledwo 64.000 złr.; trzeba przedewszystkiem starać się o zwiększenie dobrobytu ludności, dając jej możność zarobku; trzeba starać się więcej niż dotychczas o podniesienie oświaty i moralności, pomnażając siły nauczycielskie, tworząc instytucye nauczycieli wędrownych; trzeba dążyć do zwiększenia liczby szpitali, względnie szpitali okręgowych, które pewnie dadzą lekarzowi więcej znaczenia, niż asystencya żandarma. Tu kraj, wspólnie z rządem, musi trochę więcej poprzeć sprawę groszem i to w różnych kierunkach, a wtedy i pieniądz wydany na lekarzy okręgowych nie będzie wyrzucony bezowocnie. Póki biedny i ciemny kmieć będzie żyć w chlewie, póty i lekarz okręgowy nic mu nie pomoże.

Przez zaprowadzenie lekarzy okręgowych niejedna okolica w Galicyi o kilkumilowym promieniu zyskała lekarza, na którego napróżno byłaby jeszcze lata czekała, nimby osiadł. Lekarze bowiem trzymają się miast, a boją się zapuszczać w zapadłe kąty kraju. Daną więc została możność wielu obywatelom korzystania z takiego dobrodziejstwa, jak posiadanie lekarza na miejscu. Bez instytucyi lekarzy okręgowych niejeden, z powodu wielkiej odległości, czy to z braku odpowiednich funduszów, musiałby się zrzec zasięgania porady lekarskiej. Wydatek krajowy na lekarzy okręgowych może więc w tym razie być uważany, jako inwestycya o charakterze społecznym i dobroczynnym. Lecz z dobrodziejstwa tego na razie korzystają przeważnie żydzi, chłop zaś nabiera oświaty od żyda... i, obszedłszy po kolei wróżbitów i znachorów, od czasu do czasu kołata do drzwi lekarza okręgowego i, jakkolwiek bardzo powoli, nabiera jednak zaufania do lekarzy zawodowych.

Dr. Saw. powiada między innymi: „... nie ma środków na zapłacenie apteki... (Lekarz okr.), chcąc uspokoić sumienie swoje, przepisuje choremu receptę, daje wskazówki

otoczeniu, jak i kiedy lekarstwo ma być zażyte, pozostawia chorego na łaskę Boga itd." Lekarz, postępując tak, jak dosłownie za Dr. Saw. tutaj przytoczyłem, byłby nie lekarzem, lecz niesumiennym wyrobnikiem; przypuszczam, że takiej obrazy autor art. p. t. „Okręgi sanitarne" chyba na myśli nie miał. Każdy lekarz daje jeszcze inne wskazówki otoczeniu co do pielęgnowania chorego, które przeważnie są ważniejsze niż to, jak i kiedy lekarstwo ma być zażyte. Zapewniam, iż „recepta w kąt nie idzie", tylko do apteki, a tam dla ubogich chorych dają leki na koszt publiczny, jak to w osobnej literze k) instrukcyi dla lek. okr. jest uwidocznione. Najczęściej jednak sam lekarz okręgowy ma aptekę domową i wydaje leki ubogim, czy to na koszt publiczny, czy też bezpłatnie. Prócz tego lekarz okręgowy, już zwracając uwagę otoczenia, iż chory nie umyty, leży na brudnym barłogu i w dusznej izbie itd. tem samem krzewi zdrowe, acz elementarne zasady higieny. Takiego pouczenia o niezbędnej higienie bez wątpienia żaden lekarz okręgowy nie skąpi swemu biednemu i ciemnemu pacyentowi; przeważnie bywa nawet usłuchany, i z prawdziwem zadowoleniem nieraz oglądamy rzeczywiste, acz skromne owoce naszych usiłowań. Takie przyzwyczajanie wieśniaka do czystości, takie powolne obznajamianie go z zasadami higieny, musi wydać błogie owoce, ale nie w okresie pięcioletnim. Co do stosunku lekarza okręg. do wójta, to znowu nie jest on tak przykry, jak to Dr. Saw. sądzi. Tutaj oczywiście takt osobisty więcej znaczy, niż dziesięć instrukcyj. Na dowód, jak wiele można zrobić z wójtem, nawet bardzo ciemnym, przytoczę jeden fakt z życia. W r. 1897 stwierdziwszy w Krzyworówni dur osutkowy, zarządziłem i przeprowadziłem natychmiast wyosobnienie domów zakażonych, tak jak to wykonuje się podczas cholery, a żandarmeryę uprosiłem, by przy sposobności patrolowania kontrolowała straże. Starostwo kosowskie nie sprzeciwiło się temu i w ten sposób, nadużywszy może w dobrej sprawie władzy, ograniczyłem epidemię do niewielkiej liczby przypadków, a trzeba wiedzieć, iż w górach stosunki sanitarne są najgorsze, a epidemie, raz wybuchnąwszy, bardzo trudno dają się stłumić.

Na zakończenie nie mogę się wstrzymać, by nie podziękować serdecznie JW. Protomedykowi, Dr. Merunowiczowi, za dzielną i bezstronną obronę lekarzy okręgowych, a sądzę, że spełniam gorące życzenie wszystkich lekarzy okręgowych.

W Żabiu 26. stycznia 1898.

Dr. Teodor Soniewicki.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 3 Lutego.

* W Nrze następnym zamkniemy dyskusyę nad instytucyą lekarzy okręgowych. Sądzimy, że sprawa ta została należycie wyjaśnioną i że czytelnicy nasi nabrali przekonania, że instytucya ta jest nawskroś autonomiczną i że tylko czynniki społeczne, a nie rządowe, zdolne są do powołania jej do życia i do zapewnienia prawidłowego jej rozwoju.

Dwa ma zadania instytucya lekarzy okregowych: lecznicze i cywilizacyjne. Przekonani jesteśmy, że pierwsze z nich posiada w naszem społeczeństwie wszelkie warunki do rozwoju: wszak niezaprzeczalną jest analogia między szkołą wiejską a szpitalem wiejskim; tak jak szkolnictwo wiejskie w Galicyi rozwijało się przy udziale samopomocy społeczeństwa, tak i szpitale wiejskie muszą się oprzeć o czynnik obywatelskiego altruizmu; a nie pomylimy się twierdząc, że obywatelstwo nasze nawet więcej skłonne jest do popierania zarządzeń zdrowotnych, niżeli szkolnych.

Inaczej rzecz się ma z zadaniem cywilizacyjno-higienicznem; jedno pokolenie i to jeszcze w warstwie kmiecej, znanej ze swych instynktów zachowawczych, nie przeobrazi się w ciągu kilku lat po naszej myśli, a to tem więcej, że wcieleniu w życie pojęć higienicznych towarzyszyć musi wzmożony pierwiastek ekonomiczny i ogólnocywilizacyjny. Tu, zanim się zatknie zwycięzki sztandar na szańcu, opancerzonym wielowiekową grubą warstwą ciemnoty, uprzedzeń i przesądów, legnie pierwszy szereg bojowników, nie oglądając owoców swego męztwa i ofiary. Wyznajmy sobie, że w zadaniu lekarza okręg. w Galicyi tkwi spora cząstka misyonarstwa, a do spełnienia posłannictwa misyonarskiego potrzebne jest powołanie. Niech więc każdy z kolegów, zanim sięgnie po stanowisko lekarza okręgowego, obliczy się ze swojem osobniczem usposobieniem, zasadami i upodobaniem; a jeśli uświadomi sobie, że w życiu jego pierwiastek społeczny nie przoduje, jeśli go nie zagrzewa zaszczyt „niesienia kagańca" przed ciemną bratnią rzeszą, niech się nie ubiega o stanowisko lekarza okręgowego, bo czeka go nie zadowolnienie ze spełnionego obowiązku, lecz rozczarowanie i rozgoryczenie.

Z drugiej strony macochą a nie matką byłby ten rząd krajowy, któryby nie zapewnił tym pionierom nie tylko bytu materyalnego, lecz i środków do utrzymania się na tej wysokości umysłowej, jakiej wymaga stanowisko lekarza w społeczeństwie.

Zatem, w miarę nabytego doświadczenia, niech władza przejrzy instrukcyę i nada lekarzowi okręgowemu więcej powagi wykonawczej, niech rząd krajowy wraz ze społeczeństwem przystąpi do zakładania małych szpitali; niech lekarzowi okręgowemu zostaną umożebnione środki do działania i warunki do zapewnionego bytu, — a wielkie dzieło odrodzenia się fizycznego naszego społeczeństwa wejdzie w okres rozwoju prawidłowego, aczkolwiek powolnego, bo takiem jest prawo przeobrażeń społecznych, a my wyjątku nie stanowimy.

* „Wiener Zeitung" ogłasza nominacyę nadzwyczajnego profesora chorób skórnych i wenerycznych w Insbruku, Dra Włodzimierza Łukasiewicza, na zwyczajnego profesora w Uniwersytecie lwowskim.

* Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitalnych w dniu 28 stycznia b. r. odbytem:

1) prymaryusz Dr. Krokiewicz przedstawił i objaśnił nową reakcyę na barwiki żółciowe w moczu, doświadczoną i wypróbowaną w przeszło 1000-cu przypadkach, która okazuje się najczulszą ze wszystkich dotąd znanych.

2) Doc. Dr. Baurowicz przedstawił przypadek twardzieli (scleroma) podniebienia miękkiego i twardego, przyczem wywiązała się dyskusya o szczegółach etyologii twardzieli i ozeny;

3) Asystent, Dr. Żydłowicz, przedstawił interesujący przypadek kiły trzeciorzędnej;

4) Sekundaryusz, Dr. Hirsch, przedstawił rzadki i uwagi godny przypadek z oddziału chirurgicznego.

* Wysoki Sejm nadał *veniam aetatis* Dr. Alfredowi Biegelmayerowi, prymaryuszowi prowizorycznemu w Samborze.

* „Warszawski Dniewnik" donosi, że ministeryum spraw wewnętrznych zezwoliło prof. Bujwidowi na rozsyłkę krakowskiej surowicy przeciwbłoniczej w Rosyi.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Stanisław Jana, lat 46, we Lwowie, Dr. Karol Kronenberg w Stryju, Dr. Daniel Landau — w Warszawie. Dr. O'Dwyer, znany wynalazca tubusa krtaniowego, zmarł w Nowym Yorku, w 55 roku życia. Dr. Schöder, profesor farmakologii, zmarł w Heidelbergu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Gazecie Lekarskiej" Nr. 5: Męczkowskiego W.: Kilka uwag o obecnym stanie nauki o tężcu, z powodu przypadku tej choroby, leczonego surowicą. Dr. Piotrowskiego J.: Kilka przypadków zimnicy i kilka słów o jej leczeniu. Neugebauera Fr.: Jeszcze 10 spostrzeżeń zatrzymania w macicy główki po umyślnej lub wypadkowej dekapitacyi płodu przy ekstrakcyi za nóżki W „Medycynie" Nr. 5: Prof. Kosińskiego: Guz mózgu w okolicy bruzdy Rolanda lewej.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 9-go Lutego, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Dr. Kędzior przedstawi chorych z kliniki lekarskiej Prof. Korczyńskiego.

2) Kol. Dr. Krokiewicz wyłoży: „O odczynnikach na barwiki żółciowe w moczu".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 12. Lutego 1898. Nr. 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O przeszczepianiu uszypułowanych płatów mięśniowych

podał

Prof. Rydygier

c. k. Radca dworu.

(Wedle wykładu wygłoszonego podczas XII międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Moskwie).

Panowie! W zwięzłych słowach pragnąłbym wyłożyć rzecz, mającą, jak mi się zdaje znaczenie zasadnicze.

Od dawna panujące przekonanie, że mięsień, owa tkanina tak subtelna i o tak zawiłej budowie, będąc uszkodzony, nie odradza się, lecz ulega zwyrodnieniu, a potem zbliznowaceniu, nie dopuszczało nawet postawienia pytania, czyby też nie udało się przeszczepić uszypułowany płat mięśniowy?[1]). Uczyniwszy sobie takie pytanie, rozwiązałem je twierdząco na drodze doświadczalnej, a teraz chciałbym wypowiedzieć, kilka słów o osiągniętych wynikach, ilustrując me słowa tymi dwoma leżącymi przedemną preparatami.

Psy, z których preparaty te pochodzą, operowałem w pierwszych dniach kwietnia 1897 r., przed wyjazdem moim z Krakowa.

Przedtem jeszcze kilkakrotnie powtarzałem ten zabieg operacyjny, o którym niżej, zawsze na psach i zawsze z wynikiem mniej lub więcej dodatnim. O tych badaniach miałem sposobność mówić w formie „tymczasowego doniesienia“ na posiedzeniu krakowskiego Towarzystwa lekarskiego dnia 7 kwietnia r. b.

Psy zostały zabite przed 14 dniami, więc około 4 miesięcy po operacyi, i preparaty, które nas w tej chwili zajmują, zostały wyjęte.

U psa pierwszego zastąpiłem wyciętą dolną połowę m. mostko-obojczyko-sutkowego, częścią obojczykową mięśnia piersiowego dużego. Widzicie tu Panowie bliznę, w której zrosły się mięśnie połączone, a w bliźnie pozostał jeszcze strzęp szwu. Płat mięśniowy przeszczepiony obwiązałem, wcale nie zaciskając, podwiązką jedwabną, by tem łacniej rozpoznać część przeszczepioną. Porównując tę część przeszczepioną z odpowiednią częścią mięśnia nieuszkodzonego po drugiej stronie, widzimy makroskopowo jedynie nieznaczną różnicę w grubości. — Odgadnie jednak każdy, że i tak sprawność mięśnia musiała być zupełnie prawidłową, gdyż utworzonym on został z dostatecznej ilości tkanki mięśniowej. W istocie nie widzieliśmy za życia zwierzęcia żadnej zmiany, ani w sposobie trzymania głowy, ani przy poruszaniu nią. Nie napotkaliśmy też zbyt wybitnych zmian drobnowidowych. Obficiej nieco rozwinięta tkanka łączna, między wiązkami włókien mięśniowych, nie okazujących wcale wyraźnego zwyrodnienia wypełnia obraz drobnowidowy.

Ten drugi preparat pochodzi z psa, któremu wyciąłem m. goleniowy przedni *m. tibialis anticus* i prostownik palców *extensor digitorum;* poczem wykroiłem odpowiedni płat z m. prostego udowego (*m. rectus fombris*), odwróciłem go i wszyłem w miejsce tamtych, przyszywając go już-to do pozostałych ścięgien, już też do resztek mięśnia. Tu nastąpił wynik, stanowczo gorszy — Tkanki łącznej między włókienkami, na skrawkach drobnowidowych, spotykamy o wiele więcej, niż w preparacie pierwszym. Mimo to, czynność odpowiedniej kończyny, za życia psa, była prawie fizyologiczną i mięsień stale odpowiadał skurczem, na podrażnienie prądem elektrycznym indukowanym, nawet jakiś czas po śmierci zwierzęcia, odpreparowany i drażniony bezpośrednio.

Na tych już dwóch preparatach widzieć możecie Panowie, że przeszczepienie mięśnia udaje się raz w większym, drugi raz w mniejszym stopniu. Jakaż tego przyczyna? O ile rzecz tę dotychczas poznać mi się udało, sądzę, że potrzeba pewnych, ściśle określonych warunków, aby zapewnić sobie wynik zupełnie dodatni. A te są:

1) Potrzeba przedewszystkiem osiągnąć pełną aseptykę.

2) Cięcie skórne powinno być tak poprowadzonem, aby nie leżało bezpośrednio ponad przeszczepionym płatem, lecz na boku, poza płatem. Przepis ważny, gdyż stara się zapobiedz zrośnięciu się blizny, ze świeżo przeszczepionym płatem, coby mogło dać powód, do wytworzenia się w nim tkanki bliznowatej.

3) Płat mięśniowy, który ma być przeszczepionym, powinien być jak najmniej uszkodzonym. Wybierać zatem należy do przeszczepienia te części mięśnia, które już prawidłowo od całego mięśnia odgraniczają się bardziej rozwiniętemi wiązkami tkanki łącznej, jak to ma miejsce n. p. gdy użyjemy części obojczykowej mięśnia piersiowego dużego do przeszczepienia jej w miejsce nieistniejącej połowy dolnej mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego.

4) Płat mięśniowy nie powinien być zanadto okręconym.

5) Szypuła płatu leżeć winna z tej strony, z której w mięsień wchodzą naczynia i nerwy, i powinna być wyciętą równolegle do ich przebiegu, gdyż tylko dzięki takiej ostrożności, zapewnimy wytworzonemu płatowi potrzebny dowóz soków odżywczych przez dostateczną ilość zachowanych naczyń. Te same przepisy podał już swego czasu Maas dla uszypułowanych płatów skórnych przy autoplastyce. Łatwo teraz pojąć, że przy niezachowywaniu tych przepisów możemy uszczuplić znacznie dowóz soków odżywczych do przeszczepionego płatu, co znów ze swej strony wywoła daleko idące, rozumie się, w kierunku ujemnym, zmiany w mięśniu. I właśnie niezachowanie tych przepisów u drugiego zwierzęcia, było powodem niezupełnego udania się doświadczenia: szypuła płatu z mięśnia prostego uda usadowioną była u dołu, tuż na ścięgnie, skąd wcale naczynia w mięsień nie wchodzą, a w dodatku szypuła ta okręconą była prawie o 180 stopni. W przyszłości szukałbym zastępcy dla mięśni podudzia w m. obszernym *vastus*, lub też w miarę warunków starałbym się zaradzić brakowi przez odpowiedni podział mięśni na samem podudziu.

6) W końcu pamiętać należy i o tem, aby w miarę możności zachować choćby i najcieńszą powłoczkę z tkanki

[1]) Wprawdzie Dauriac i Wołkowicz przesuwali już płaty mięsne, żeby wzmocnić ścianę brzuszną po laparotomii, ale więcej tu chodziło o mechaniczny skutek, niż fizyologiczną czynność mięśnia przeszczepionego, a nawet w pięknej pracy Wołkowicza nie znajdujemy dokładniejszego opisu zmian drobnowidowych w przeszczepionym mięśniu.

łącznej ponad płatem, który ma być przeszczepionym, a to w tym celu, aby jak najmniej maltretować samą tkankę mięśniową, a także i dla tego, aby zachować owe małe naczyńka odżywcze jakie w tej osłonce przebiegają.

Czy trzeba będzie sformułować jeszcze dalsze przepisy i jakie, — o tem pouczy nas dopiero doświadczenie w przyszłości.

Co do strony praktycznej tych doświadczeń, to sądzę, że takie przeszczepianie uszypułowanych płatów mięśniowych znalażćby mogło miejsce, zwłaszcza w przypadkach daleko posuniętej szyi skośnej pochodzenia mięśniowego (*Caput obstipum musculare*). Mikulicz w tych przypadkach zaleca zupełne wycięcie dolnej połowy zbliznowaciałego mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, ale już Kader, w ostatniej swej pracy wspomina, że po takim zabiegu występuje znaczniejsze przypłaszczenie szyi po stronie chorej, sądzę, że mój sposób zapobiegłby temu zniekształceniu i pozwoliłby osięgnąć wynik czynnościowy lepszy i szybszy.

Przy porażeniach mięśni, gdzieby sposób przeszczepiania ścięgien, zalecany i wypróbowany przez Drobnika i innych, nie był możliwym do wykonania, możeby można sprowadzić poprawę w ruchach przez przeszczepienie odpowiednio dobranych uszypułowanych płatów mięśniowych. — Szczegółowe wskazania i stanowczy sąd wydać jednak będzie można po dłuższem doświadczeniu.

Kierowany najogólniejszą ideą przeszczepiania mięśni i przenoszenia ich czynności, rozpocząłem nowy szereg doświadczeń w innym kierunku. Chodzi mi mianowicie o to, czyby przez wykrojenie niezbyt szerokich pierścieni z całego obwodu jelita i nasunięcie kilku ich na siebie, nie udało się wytworzyć tą drogą dobrze funkcyonujący zwieracz? Doświadczenia, pomyślnie rozpoczęte, prowadzić będę dalej i nie omieszkam w swoim czasie zdać z nich sprawę.

II. Przyczynek do kazuistyki torbieli spojówki oka

podał

Dr. K. Rumszewicz (w Kijowie).

Do niedawna jeszcze bardzo niewiele wiedzieliśmy o torbielach spojówki. Wecker (Traité complet d'ophtalmologie T. I. p. 424) utrzymuje, że powstają one li tylko w obrębie spojówki gałkowej i odróżnia 3 kategorye: 1) utwory z treścią surowiczą, co najwyżej wielkości bobu. Przypominają one tak dalece wodunki, że częstokroć tylko zapomocą badania drobnowidowego możliwem staje się ich rozpoznanie. 2) Utwory, położone na samym brzegu rogówki, o grubszych ścianach, prawdopodobnie wrodzone. Niektórzy utrzymują, że pochodzenie swe zawdzięczać mogą również urazom. Wecker zaś przypuszcza, że w niektórych przypadkach mogły to być przetoki ślepe (fistules borgnes) rogówki. 3) Drobne, często w kształcie sznurków perełek ułożone utwory, przeźroczyste, pochodzące wskutek rozszerzenia naczyń chłonnych. Według Saemischa (Handb. d. gesammt. Augenheilk. T. III). Seitz spostrzegał torbiele skórzakowe pod spojówką, Bull zaś (Amer. Journ. of. med. Science January 1878) stwierdził dwa razy torbiele na mięsku łzowem. Uhthoff (Berl. klin. Wochenschr. 1879) dokładnie zbadał 3 przypadki torbieli spojówki gałki, wszystkie pochodzenia urazowego. W jednym torbiel (wielkości 3–4 mm.) powstał w 5 miesięcy po operacyi zeza. W drugim torbiel (wielkości 1 ctm.) powstał w 6 tygodni po uderzeniu oka kijem.

Przypadek ten jest ciekawy z tego względu, że w torbielu znaleziono 3 rzęsy, których obecności przypisać należy samo powstanie torbiela. Wreszcie w trzecim przypadku torbiel surowiczy powstał z rozszerzonego naczynia chłonnego, wskutek ukąszenia owadu. Takie pochodzenie torbieli stwierdzili również Sachs (Ueber die von den Lymphgefässen ausgehenden Neubildungen am Auge Inaug.-Dissert. Königsberg 1889) i Vossius (Ueber einen Fall von Cystenbildung in der Conjunctiva der oberen Augenlider, Bericht über die XXV Versammlung d. Ophthalm. Gesellsch. str. 183). W przypadku tego ostatniego torbiel zawierał nadto białą kruchą massę, której własności bliżej nie zbadano. Znane są dalej torbiele powstałe w skrzydlikach, które Fuchs (Ueber das Pterygium Arch f. Ophthalm. XXXVIII, 2, str. 31—6 spostrzeżeń), Schmidt-Rimpler — podręcznik — i Sachs (l. c.) wyprowadzali również z naczyń chłonnych. Pierwszy dodaje nadto, że torbiel w jednym tylko przypadku znajdował się w okolicy ciała skrzydlika, we wszystkich zaś innych w okolicy jego głowy. Ja w moim przypadku (Przegląd lek. 1887, Nr. 24), znalazłem w skrzydliku liczne torbiele, z których tylko mniejsze pochodzić mogły z naczyń chłonnych, środkowy zaś, o wiele większy, był wyścielony wielowarstwowym przybłonkiem i powstał oczywiście wskutek wgłobienia warstwy przybłonkowej, względnie zagłębienia jednego z uprzednio istniejących dołków przybłonkowych.

Lecz utwory torbielowe znajdowano nietylko w obrębie spojówki gałkowej; znacznie rzadziej, co prawda, napotykano je również w obrębie spojówki powiekowej i załamka przejściowego.

Na spojówce powiekowej, prócz oddawna znanych torbieli gruczołów Meibomiusza, znamy jeden tylko przypadek licznych utworów torbielowych, opisany przez Vossiusa (l. c. str. 185). U 21-letniego osobnika, na powierzchni wewnętrznej obu górnych powiek, o 3 mm. wyżej brzegu wolnego, znajdowały się 2 mm. wyniosłe, 1 ctm. długie i 5 mm. szerokie utwory (w prawem oku cokolwiek mniejsze), o powierzchni nierównej, barwy brudno-żółtawo-zielonej. Na prawej powiece, w pobliżu utworu, znajdowały się odosobnione okrągławe wyniosłości. Badanie drobnowidowe wykryło mniejsze i większe torbiele, rozmaitego kształtu, w części ze sobą połączone. Dochodziły one do samego przybłonka, lecz dostrzedz je można było również i pomiędzy zrazikami gruczołów Meibomiusza. Ściany ich wyścielał przybłonek dwuwarstwowy o wewnętrznej warstwie komórek walcowatych, z licznemi komórkami kielichowatemi. W wielu torbielach znajdowały się złogi, które oddziaływały zupełnie jak istota szklista. Niektóre większe torbiele były zapomocą wyrostków przybłonkowych połączone z przybłonkiem powierzchni spojówkowej. W częściach obwodowych utworów widoczne były zagłębienia przybłonków, z wysokiemi walcowatemi komórkami, które wyraźnie przeistaczały się w utwory torbielowe. Vossius utrzymuje, że utwory te, zupełnie przypominające gruczolaki torbielowe, powstawały wskutek zatrzymania wydzieliny (nadto późniejszego rozrostu) początkowych, do gruczołów podobnych, worków przybłonkowych, t. zw. gruczołów Henlego. Zupełnie osobną kategoryę stanowią torbiele wolnego brzegu powieki, nie dawno dokładnie zbadane przez Wintersteinera (Archiv. fur Augenheilk. XXXIII, Ergänzungsheft).

W okolicy załamków spojówki utwory torbielowe oddawna są znane, jakkolwiek w podręcznikach pomijano

je milczeniem. Tak Laqueur już w roku 1877 (Klinisches Monatsbl. für Augenheilk. str. 226), spostrzegał u 21-letniej dziewczyny, w dolnym załamku, torbiel podspojówkowy wielkości grochu, wysłany jednowarstwowym płaskim przybłonkiem. Makrocki (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1883, str. 466) u 12-letniego dziecka, w wewnętrznej połowie dolnego załamku, znalazł torbiel, prawdopodobnie pochodzenia urazowego, wysłany przybłonkiem jednowarstwowym, wyprowadza go od naczyń chłonnych. Moyne (Boll. d'oculistica VI, str. 178) w ciągu 26-letniej praktyki spostrzegał 5 przypadków torbieli podspojówkowych, które odróżnia od wodunek i rostrzeni naczyń chłonnych. W 2 przypadkach znajdowały się one pod spojówką gałki, w 3-cim — w dolnym załamku, rosły bardzo powolnie, najczęściej były wrodzone. Właściwe przyczyny powstawania nie są autorowi wiadome. Rampoldi i Fallaveri (Nagela Jahresb. 1888) spostrzegali u 16-miesięcznego dziecka torbiel w okolicy górnego załamku. Zawartość była surowiczą, ściana wysłana przybłonkiem wielowarstwowym. W przypadku Tschernikewa (Revue gén. d'ophtalm. 1888, str. 32) guz szypułkowaty znajdował się w dolnym prawym załamku.

De Vincentiis (Congr. delle associazione ottalmol. italiana 1888) pierwszy wypowiedział zdanie, że torbiele w obrębie załamka spojówkowego, mogą powstawać wskutek rozszerzenia pęcherzykowo-cewkowych gruczołów Krausego. Według niego mogą one być wrodzone, lub też powstawać w wieku dziecięcym, rzadziej w późniejszym. Poglądowi temu hołdowali wszyscy włoscy uczeni w swych opisach torbieli załamków. Moauro (An di ottalm. XVIII, str. 251) znalazł u 3-letniego dziecka torbiel, z rzadką brunatnej barwy treścią, który zajmował okolicę górnego i dolnego załamka. Przypadek ten nie był jednak operowany. Utwór podobny spostrzegał również M. w wewnętrznej części załamka górnego u 14-letniej dziewczyny, która poprzednio cierpiała na jaglicę. Ściana torbiela, pod 2-warstwowym przybłonkiem walcowatym, składała się z tkanki włóknistej, która zawierała gniazdo tkanki gruczołowatej, i jakoby odosobnione pęcherzyki gruczołów Krausego. W przypadku Antonellego (An. di ottalm. XIX, str. 467) powstał u 17-letniej dziewczyny, w środku górnego załamka, błękitnawo przeświecający torbiel, grubości 1 ctm., długości 3 ctm., który on tłómaczy rozszerzeniem gruczołów Krausego. Ściany torbiela wyścielał przybłonek 2-warstwowy, płaski lub sześcienny w warstwie obwodowej, w środkowej zaś walcowaty, z jądrami u podstaw. W tkance otaczającej znajdował się jeszcze nadto mały torbiel, którego ściany wyścielał płaski lub nieprawidłowy przybłonek. W torbielach i dokoła nich spostrzegano resztki dawnych ich wynaczynień. Wreszcie Rombolatti (Arch. f. Augenheilk. XXXI, str. 9) spostrzegał u 12-letniego dziecka torbiel z treścią surowiczą, który zajmował nie tylko cały dolny załamek przejściowy, lecz nadto dolny i boczne wycinki samej gałki, oddawna zresztą zanikłej. Uraz, jeśli miał miejsce, to w każdym razie przynajmniej na trzy lata przed powstaniem torbiela. Badanie drobnowidowe cieczy wykazało: białe kulki krwiste, mniej lub więcej zmienione, komórki śródbłonkowe i przybłonkowe. W wyciętej części ściany, na jej powierzchni, znaleziono wielowarstwowy przybłonek, a w nim komórki, uległe śluzowemu przeistoczeniu. W samej ścianie znaleziono prawidłowe dla spojówki nacieczenie pierwocinami limfoidalnemi. Bliżej powierzchni wewnętrznej nacieczenie było słabsze, włókna tkanki równolegle ku powierzchni ułożone. Wreszcie samą powierzchnię wyścielał przybłonek zwykle wielowarstwowy, na niektórych tylko częściach dwuwarstwowy; warstwę głębszą stanowiły walcowate, obwodową płaskie, o niewyraźnych jądrach komórki. Opierając się na budowie przybłonka, Rombolatti wyprowadza torbiele z pęcherzyków lub przewodów gruczołów Krausego.

Tyle włoscy uczeni. O ile poglądy ich były uzasadnione, wrócimy do tej sprawy nieco później. Stoewer (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. 1892, str. 192) spostrzegł u 16-letniej dziewczyny położone umiernie, w górnej części zewnętrznej połowy obu powiek przesuwalne, utwory, około 0,5 ctm. wielkie. Ściany stanowiła warstwa tkanki włóknistej o cienkich naczyniach, ku wewnątrz wyścielał je jednowarstwowy przybłonek. Obok torbiela, mianowicie w stronie spojówki, spostrzegał on kilka pęcherzyków gruczołowych, przedzielonych pasemkami tkanki łącznej. Otaczała je błona własna, komórki były długie, próżnia mała, jądro komórek znajdowało się u podstaw. Budowa taka, zarazem miejsce przez torbiele zajęte, nie pozostawiały żadnej wątpliwości co do powstania utworów z gruczołów Krausego.

De Beck (An. of. Ophthalmology and Otology 1896 October) spostrzegał w okolicy dolnego załamka dwa utwory torbielowe 1,5 i 1 ctm. wielkości. Treść ich była surowiczą, wyścielał je jednowarstwowy płaski przybłonek. Autor ten utrzymuje, że utwory wzmiankowane zawdzięczały swe powstanie zatrzymaniu cieczy w przestworach tkanki siatkowej. Stoewer w drugim swym przypadku (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. 1897 Juli) u dziecka 5-letniego, cierpiącego na nieżyt spojówkowy, znalazł w środku lewego, dolnego załamka 2 okrągławe wyniosłości 3,5 i 2 mm. wielkości mające. Były to torbiele, wysłane płaskim przybłonkiem jednowarstwowym. Przyjmuje on je za torbiele, powstałe wskutek zadzierżenia; nie decydując się wytłómaczyć, zkąd pochodziły, przypuszcza wszakże, że z naczyń chłonnych. Ginsberg (Arch. f. Ophthalm. XL, 4) opisał dwa przypadki surowiczych torbieli przybłonkowych, podspojówkowych. W jednym, u 29-letniej kobiety, w załamku prawej dolnej powieki, tuż obok mięska łzowego, znajdował się torbiel wielkości i kształtu soczewicy. Wewnętrzną powierzchnię jego wyścielał przybłonek jednowarstwowy, którego komórki miały kształt w części sześcienny, w części walcowaty i tylko w częściach ukośnych był on 2-warstwowy. Prawdopodobnie torbiel łączył się ze spojówką zapomocą krętego przewodu. W tkance podspojówkowej, jakoteż wszędzie dokoła w ścianach torbiela, znalazł G. obfite nacieczenie drobnokomórkowe. W drugim przypadku, u 8-letniej dziewczyny znajdował się, w wewnętrznej połowie załamka dolnej powieki lewej, torbiel przeźroczysty, wielkości ziarnka pieprzu. Wyścielał go jednowarstwowy przybłonek płaski; w ścianie znajdowały się zbiorowiska komórek okrągłych. Po obu stronach torbiela istniały liczne stałe, lub mające w środku światło, zagłębienia przybłonka spojówkowego. Zagłębienia te, które często przeistaczały się w prawdziwe długie wory, były szczególniej rozwinięte w drugim przypadku; spostrzegał tu G., że wór taki dochodził głęboko do samej prawie ściany torbiela. Jednocześnie z powstawaniem w zagłębieniach światła, komórki warstwy wewnętrznej przybierały kształt walcowaty, z jądrami, położonemi u podstaw, komórki kielichowate rów-

nież były liczniejsze niż w stałych wyrostkach. Dokoła tych wyrostków, jakoteż dokoła naczyń i nerwów, znajdowały się zbiorowiska komórek okrągłych. Zdaniem Ginsberga torbiele w obu jego przypadkach powstawały wskutek rozrostu zagłębień przybłonka.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki ginekologiczno-położniczej Uniw. Jagiellońskiego prof. Dra Jordana.

O pierwotnym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaków i o związku jaki zachodzi pomiędzy włókniakami a rakiem macicy.

Napisał

Dr. Ludwik Świtalski,

I. asystent kliniki.

(Ciąg dalszy).

Badania więc wykazały niewątpliwie, że wśród utkania włókniaków mogą znajdować się komórki przybłonkowe, a więc komórki z którychby się mógł rozwinąć nowotwór przybłonkowy. Czy zaś to może się stać, o tem pouczyć mogą tylko spostrzeżenia kliniczne. Dotychczas opisane są dwa przypadki włókniaków, wśród których, niezależnie od błony śluzowej, rozwinął się rak pierwotny. Klob w roku 1864 opisał preparat anatomiczny, przedstawiający włókniaka wielkości główki dziecięcej, usadowionego w tylnej ścianie macicy, wśród którego rozwinął się rak rdzeniasty (Medullarkrebs), podczas gdy zresztą nigdzie w ustroju nie można było stwierdzić tego nowotworu i uważa ten przypadek za taki, w którym rak rozwinął się wśród samego utkania włókniaka.

Babesiu w roku 1882 ogłosił przypadek, odnoszący się do 45-letniej chorej, zmarłej w następstwie krwotoku. Sekcya wykazała w macicy trzy włókniaki śródmiąższowe i jeden podsurowiczy, wielkości pięści, ułożony w dnie macicy, więcej na prawo. W środku tego ostatniego guza znajdowało się ognisko miękkie, rdzeniastobiałe, mające około 3 ctm. średnicy. Badanie drobnowidowe tej części guza wykazało utkanie rakowe (carcinoma medullare cylindrocellulare). W tym więc przypadku był rak walcowato-komórkowy, który niewątpliwie rozwinął się z przybłonka walcowatego, znajdującego się wśród włókniaka.

Do tych dwóch muszę jeszcze zaliczyć przypadek Voigta (1890), w którym, wśród włókniaka podsurowiczego, wielkości jaja kurzego, znajdował się w środku torbiel, wypełniony w części płynem, w części polipem gruczolakowym. Tak polip jak i reszta ściany torbiela były wyścielone przybłonkiem walcowatym.

Przypadek ten najlepiej świadczy o tem, że przybłonek, wyścielający utwory gruczołowe, zdolny jest wśród pewnych warunków do dalszego bujania, a jakkolwiek badanie drobnowidowe, w przypadku tym, wykazało budowę gruczolakową, to przecież wiemy, że nie rzadko z gruczolaka rozwija się rak gruczołowy.

W włókniaku więc, zupełnie niezależnie od błony śluzowej, może przyjść do rozwoju raka; zdarza się to jednak tak rzadko, że ma więcej znaczenie teoretyczne. Wśród włókniaków, pokrytych błoną śluzową macicy, może się rak pierwotny rozwijać od obwodu, t. j. od błony śluzowej, pokrywającej te nowotwory, tak, że tu punkt wyjścia dla nowotworu stanowi przybłonek, wyścielający gruczoły, lub też błonę śluzową macicy.

Gusserow, zastanawiając się nad rozwojem raka wśród włókniaków, utrzymuje „so ist die Möglichkeit eines solchen Vorganges wo von der bedeckenden Schleimhaut die Carcinomentwickelung in die muskulösen Elemente übergreifen könnte nicht ganz zu leugnen bestimmte Beobachtungen wenigstens für eine primäre derartige Krebsentwickelung existiren darüber nicht“. Virchow podaje w r. 1863 „dass ihm kein einziger Fall bekant sei, in welchem eine primäre Krebsige Entartung an einem Fleischpolypen eingetraten wäre“, nie wyklucza jednak możliwości tego. A więc dawniej przypuszczano, że rak może się rozwinąć z błony śluzowej, pokrywającej włókniaka, nie poparto jednak tego twierdzenia odpowiedniem spostrzeganiem klinicznem. Teoretycznie kombinując, musi się przypuścić, że błona śluzowa, pokrywająca włókniak, może stać się punktem wyjścia dla raka; wiadomem jest przecież, że w największej liczbie przypadków, a według Rugego i Veita we wszystkich przypadkach rak trzonu macicy rozwija się z błony śluzowej, może się więc rozwinąć i z tej części, która pokrywa włókniak.

Dzisiaj znamy już kilka przypadków, które tę możliwość potwierdzają. Buhl[13]) w r. 1878 ogłosił dwa przypadki polipów włóknistych, wśród których przyszło do rozwoju raka (adenocarcinoma) z błony śluzowej. Ruge i Veit[14]) znaleźli nad ujściem wewnętrznem włókniak podśluzowy, wielkości wiśni, a w błonie śluzowej, pokrywającej go, znajdował się rak. Woreczki gruczołowe wrastały z błony śluzowej w utkanie włókniaka. Ehrendorffer opisał duży polip włóknisty, wychodzący z tylnej wargi, na powierzchni którego rozwinął się rak i rozrósł się na 2 ctm. w głąb polipa.

Do tych przypadków dołączam jeszcze jeden[15]), spostrzegany w tutejszej klinice przed $1^1/_2$ roku, a pod wielu względami ciekawy.

Dotyczy on chorej P. A., lat 60 liczącej, z Miechowa, która rodziła jedenaście razy; ostatni raz przed 16 laty. Porody i połogi były prawidłowe. Roniła raz. Przestała miesiączkować przed 10 laty. Obecna choroba miała się rozpocząć wystąpieniem obfitych, żółtych upławów przed 4 miesiącami. Od dwu miesięcy miewa dosyć obfite krwawienia i bóle ciągnące w krzyżach.

Badanie wykazuje: osoba dosyć dobrze zbudowana, miernie odżywiona. Płuca i serce prawidłowe. Pochwa prawidłowa, część pochwowa skrócona, ujście zewnętrzne rozszerzone na szerokość korony, zatkane dolnym odcinkiem guza, usadowionego w szyi macicznej. Guz ten, wielkości i kształtu dużego orzecha włoskiego, jest zbitości dosyć twardej, ma powierzchnię nierówną, brodawkowatą, daje się do około obejść palcem; w górze guz ten przechodzi w szypułę, której w całości jednak wybadać nie można. Trzon macicy nieco większy, ułożony w tyło zgięciu, ruchomy. Przy pomocy wziernika można stwierdzić, że utwór, znajdujący się w ujściu zewnętrznem, jest barwy ciemnoczerwonej, ma powierzchnię nierówną, miejscami pokrytą skrzepikami krwi. Badanie drobnowidowe kawałka wyciętego z guza, wykazuje utkanie rakowe.

Wobec tego rozpoznano „polip rakowy“ i dnia 18 marca 1896 r. wykonano całkowite wycięcie macicy przez pochwę, przy pomocy kleszczyków i żegadła Pacquelina (Thermocauterectomia). Przebieg poopeparacyjny był zupełnie prawidłowy.

---

[13]) Przytoczony przez Wagnera: *Fibromyoma et carcinoma corp. uteri.* Inaug. Dissert. 1886.

[14]) Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk. Bd. VI S. 300.

[15]) Preparat przedstawiony na posiedzeniu Tow. gin. krak. d. 14 kwietnia 1896.

Wycięta macica jest nieco powiększona (rys. 1), ma ściany wyraźnie zgrubiałe. W rozszerzonej szyi znajduje się utwór kształtu okrą-



Rys. 1

gławego, o powierzchni nierównej, stojący w związku z macicą zapomocą szypuły około 1 ctm. długiej, grubości ołówka, która przyczepia się do tylnej ściany szyi od strony prawej, tuż przy ujściu wewnętrznem. Powierzchnia szypuły jest zupełnie gładka. Na przekroju (rys. 2), guz ma zabarwienie niejednostajne, a mianowicie przez środek przebiega ciemniejsza smuga, posiadająca liczne wypustki, zbiegające się ku szypule. Błona śluzowa macicy, tak trzonu jak i szyi, przedstawia się makroskopowo prawidłowo. Badanie drobnowidowe wykazuje, że utkanie guza jest niejednolite, w jasno-zabarwionej jego części widzi się tylko utkanie rakowe, w części zaś ciemniej zabarwionej można wykazać włókna mięsne, a wśród nich ogniska rakowe (rys. 3) mniej lub więcej liczne, zależnie od tego, czy badamy



Rys. 2



Rys. 3.

część skrajną, czy też środkową tej tkanki ciemnozabarwionej. Im bliżej środka, tem mniej jest ognisk rakowych. Na powierzchni guza nie ma nigdzie ani śladu błony śluzowej.

Rak składa się z dużych komórek przybłonkowych, płaskich, wielokształtnych, o dużem wyraźnem jądrze, ogniskowo ułożonych (carcinoma alveolare). Ani woreczków gruczołowych, ani przybłonka walcowatego nigdzie się nie spotyka.

W szypule, przedstawiającej utkanie włókniakomięśniakowe, nie spotyka się nigdzie komórek rakowych. Szypuła jest pokryta błoną śluzową, przedstawiającą nieznaczne przewłoczne zmiany zapalne.

Błona śluzowa, tak trzonu jak i szyi macicy, jest prawidłowej grubości, wyścielona wszędzie przybłonkiem walcowatym, i prócz rozszerzenia torbielowatego niewielu gruczołów, nie okazuje żadnych wybitniejszych zmian.

Wśród całej zresztą macicy, pomimo że robiono preparaty drobnowidowe z kilkunastu miejsc, nie znaleziono nigdzie ognisk nowotworowych.

Przypadek ten jest najpierw ciekawy dlatego, że rak rozwinął się wśród polipa włóknistego, że jest do niego ściśle ograniczony, gdyż tak szypuła, jak i utkanie macicy są zupełnie wolne, a powtóre, że mamy tu okazową postać raka przybłonka płaskiego (Plattenepithelcarcinoma), która wśród błony śluzowej macicy nie często się spotyka.

Najczęstszą postacią raka, rozwijającego się wśród błony śluzowej macicy, jest rak gruczołowy (adeno-carcinoma) i rak walcowato-komórkowy (carc. cylindrocellulare) i tylko na części pochwowej rozwija się przeważnie rak przybłonka płaskiego (Epithelioma).

W przypadku naszym, pomimo że zrobiono bardzo wiele preparatów z rozmaitych części guza, nie znaleziono nigdzie ani woreczków gruczołowych, ani przybłonka walcowatego.

Wobec zaś tego, że rak tu nie bardzo dawno się rozwinął, za czem przemawia to, że nie zajął jeszcze całego polipa i nie rozszerzył się na macicę, ani nawet na szypułę, należy przypuścić, że rak rozwijał się tutaj od samego początku jako rak przybłonka płaskiego, a więc, że przybłonek walcowaty, który wyścielał błonę śluzową polipa, musiał zamienić się na przybłonek płaski i ten dopiero stał się punktem wyjścia dla raka.

Że w pewnych warunkach przybłonek walcowaty, wyścielający błonę śluzową macicy, jakoteż błonę śluzową pokrywającą utwory polipowate, może zamienić się w przybłonek płaski, jest rzeczą na pewne stwierdzoną (Zeller, Gebhard, Flaischlen, Küstner, Billroth). Przyczyny tej metaplazyi przybłonka mogą być rozmaite, jak zapalenie przewłoczne błony śluzowej (Klob, Zeller, Fritsch, Piering), zapalenie rzeżączkowe (Wertheim), wpływy mechaniczne przy polipach (Billroth, Küstner, Fritsch), wreszcie wsteczne przeobrażenie starcze (Fritsch).

Hansemann [15]) pisze, że jeżeli z pewnego rodzaju komórek wytwarza się miąższ nowotworu złośliwego, to może się to odbywać w dwojaki sposób: albo że te komórki, jako takie, rozrastają się dalej, wchodząc w skład nowotworu (directe Genese), albo też ulegają przemianie (metaplasia), zamieniając się w komórki takie, jakie spotykamy w nowotworze. I tak z przybłonka walcowatego może się rozwinąć rak przybłonka walcowatego, albo też przybłonek walcowaty zamienia się w płaski i ten dopiero rozrasta się w rakowca (cancroid).

[15]) Die mikroskopische Diagnose der bösartigen Geschwülste 1897.

Przypadki, w których w trzonie macicy przyszło do pierwotnego rozwoju raka przybłonka płaskiego, opisali Piering [16]), Gebhard [17], Löhlein [18]) i Flaischlen.

(Dokończenie nastąpi).

Drowie: Krokiewicz i Batko przysłali nam następujące wyjaśnienie, dotyczące ich rozprawy, ogłoszonej w Nr. 6. „Przegl. lekar.“ p. t. „Nowy odczynnik na barwiki żółciowe w moczu“.

Wkrótce po ukończeniu naszej pracy i oddaniu jej do druku, zwrócono nam uwagę, że w podręczniku „Anleitung zur qualitativen und quantitativen Analyse des Harns von Neubauer u. Vogel, bearbeitet v. Huppert. Wiesbaden 1890“. znajduje się na stronicy 324 następująca wzmianka: „Mittelst der Diazobensolsulfosäure kann man Gallenfarbstoff (Bilirubin) nach Ehrlich in der Weise auffinden, dass man den Harn erst mit 1 Vol. 30 proc. Essigsäure und darauf tropfenweise mit der 0.1 proc. Säurelösung versetzt. Bei Gegenwart von Bilirubin tritt eine Verdunkelung auf, und auf Zusatz von viel Eisessig, oder beim Kochen, eine Violetfärbung. Das Reagens kann man sich in der Weise bereiten, dass man 1 gm. Sulfanilsäure in wässeriger Lösung mit 15 cc. Salzsäure und 0.1 gm. Natriumnitrit versetzt und die Lösung auf 1. l. verdünnt.

Wobec tego, metody przez nas podane, należy nam uważać tylko za modyfikacyą reakcyi Ehrlicha z kwasem diazobensolsiarkowym na barwiki żółciowe w moczu, niezależnie wykryte i w każdym razie znacznie różniące się, co do wykonania, od pierwotnej metody Ehrlicha, a nieporównanie czulsze: z tego powodu zmieniamy odpowiednio pierwotny tytuł naszej pracy na:

Bardzo czuły odczyn na barwiki żołciowe w moczu, polegający na zmodyfikowanej metodzie Ehrlicha z kwasem diazobensolsiarkowym.

Dr. Krokiewicz Antoni. *Dr. Batko Józef.*

IV. Oceny i sprawozdania.

Uwagi nad artykułem Dr. Norberta Gertlera p. t. „Przyczynek do chorób zapalnych pępka u noworodków, zamieszczonym w Nr. 51. „Przegl. lekarskiego“.

W pracy Dr. Gertlera jest kilka twierdzeń zagadkowych, wymagających wyjaśnienia ze strony autora, a mianowicie:

1) Na jakiej podstawie z obrazu bakteryologicznego, odnoszącego się do okolicy pępkowej, rozpoznaje błonicę rany prącia po obrzezaniu rytualnem i to z taką stanowczością?

2) Jaki mógł być powód sięgającego aż do spojenia łonowego nacieku w skórze i tkance podskórnej okolicy pępkowej, jako też wydzielania się treści ropiastej z pępka, za naciśnieniem na dolną część nacieklej skóry, skoro badanie bakteryologiczne wykryło tylko czystą kulturę prątka Löfflerowskiego, bez współobecności wszelkich innych bakteryj, mogących wyjaśnić opisany obraz chorobowy; słowem, co tu właściwie wywołało ropienie?

Trzy tygodniowe trwanie choroby, leczenie jej okładami z płynu Bourrowa i środkami przeciwgnilnymi i t. d. zostawiały aż nadto czasu na zebranie wywiadów o tyle dokładnych, ażeby czytelnik napewne mógł wiedzieć, czy dziecko było karmione sztucznie, czy też piersią matki, względnie mamki, a tem samem aby mógł wyrobić sobie zdanie, czy twierdzenia Briegera, Ehrlicha i Epsteina w tym przypadku, są słuszne lub nie.

Praca Dr. Gertlera, pomimo pozorów pracy klinicznej, nosi na sobie cechę roboty teoretycznej, nie tłómaczy objawów spostrzeganych, a wielce zaciekawia tem, że stanowi unikat w literaturze.

Dr. Bolesław Komorowski.

Na powyższe uwagi kol. Dr. Gertler nadesłał następującą odpowiedź:

Na prąciu dziecka był tak typowy obraz, że już z samego wejrzenia można było rozpoznać błonicę; badanie bakteryologiczne głównie przedsięwziąłem w tym celu, aby się przekonać, czy obok błonicy prącia nie mam do czynienia z innem cierpieniem w okolicy pępkowej; a że w przypadku opisanym niewątpliwie była błonica na prąciu, to potwierdził to jeszcze dalszy przebieg, gdyż podobnie jak przy błonicy na migdałkach, po zastrzyknięciu surowicy, zwinął się nalot od brzegów i zupełnie się oddzielił.

2) Co do uwagi drugiej, to przecież nie twierdziłem, że treść, wydobywająca się z pępka była r o p n ą; owszem, wyraźnie napisałem, że była r o p i a s t ą t. j. do ropy podobną. Różnica, jaka zachodzi w znaczeniu wyrazów r o p n y a r o p i a s t y obala insynuacyę, zawartą w tej 2-giej uwadze Dra Komorowskiego.

Jeśli świnkom morskim zastrzykujemy toksyny, lub prątki błonicze — pod skórę, powstaje, tak w niej, jak i w tkance podskórnej, rozległy naciek, a później nawet miejscowe obumarcie; przy silniejszym ucisku na tak schorzałe miejsca występuje ciecz podobna do ropy, co już kilkakrotnie, doświadczalnie i sam stwierdziłem. Dla tego taki naciek w skórze i tkance podskórnej, wobec błonicy pępka, nikogo zadziwiać nie powinien.

3) Co do uwagi trzeciej, to uważniejsze przeczytanie mego artykułu byłoby przekonało kol. Komorowskiego, że nie leczyłem dziecka przez trzy tygodnie, lecz tylko przez 5 dni; twierdziłem bowiem tylko, że ono chorowało, przed mojem przybyciem, przez 3 tygodnie, tudzież, że mimo najdokładniejszych wywiadów, nie mogłem się dowiedzieć, zkąd wzięła początek błonica u tego dziecka.

Czy dziecko karmiono sztucznie, czy piersią matki, lub mamki, w naszym przypadku jest rzeczą obojętną, bo, według Briegera i Ehrlicha, a nawet Epsteina, dziecko nabywa odporności przez krew matki; a że nie nabywa tej odporności przez pokarm matki lub mamki, również stwierdził doświadczeniami sam Epstein.

A jeśliby komu na tem zależało, to uzupełniam moją rozprawę wyjaśnieniem, że z początku karmiono dziecko sztucznie, zanim nie dobrano mamki, którą już w czasie choroby dziecka zmieniono.

W końcu muszę nadmienić, że wcale nie miałem zamiaru pozować na klinicystę. Jedynie dlatego, że przypadek, który mi się nadarzył, jest r z e c z y w i ś c i e u n i k a t e m w literaturze, nie omieszkałem go ogłosić drukiem.

Dr. Norbert Gertler.

V. Wyciągi.

D a r i e r (Paryż): **Przemieszczenie mięśnia, czyli autoplastyka, nowy sposób operacyjny przeciw zupełnemu opadnięciu powiek.** *(D. Ophth. klinik.* Nr. 2, 1897). Sposób operacyjny winien być zastósowanym do stopnia opadnięcia powieki. Lekkie niezupełne porażenie, albo niedowład m. unoszącego powiekę, wymaga tylko wycięcia skrawka skóry, a względnie paska mięśnia okrężnego powieki, sposobem Graefego.

---

16) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXIV S. 1.
17) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. XXXII S. 347.
18) Gynäkologische Tagesfragen 1893 S. 173.

W silniejszych atoli stopniach, gdy powieka opadnięta z trudnością daje się unieść, przyszycie ścięgna mięśnia unoszącego powiekę sposobem Eversbuscha, mianowicie w połączeniu z operacyą Gilet de Grandmonta (wycięcie paska chrząstki), dobre daje wyniki.

Tam zaś, gdzie jest albo zupełne porażenie m. unosz. pow., albo nawet brak wrodzony lub niedorozwój jego, powyżej przytoczone sposoby nie dają zadawalniającego wyniku. Pagenstecher, a później Dransart, starali się przez szwy podskórne wytworzyć blizny, któreby działanie mięśnia czołowego przeniosły i na powiekę. Do tego samego celu zdąża Panas, który przesuwa skórny płat mostkowy aż do m. czołowego, by tą drogą przenieść na powiekę działanie tego mięśnia. Gdy poprzednie zabiegi mało odpowiadają chirurgicznym wymaganiom, operacya Panasa, dość trudna do wykonania, pozostawia znaczne po sobie ślady.

W tymże celu Darier przemieszcza paski mięśnia okrężnego powiek w następujący sposób: po kokainowaniu podskórnem wycina owalny pasek skóry ponad wolnym brzegiem g. powieki. Następnie tworzy dwa nad sobą leżące paski mięśnia okrężnego powiek i to tak, iż górny pasek pozostaje na zewnątrz złączony z mięśniem, dolny zaś na zewnątrz, a podminowawszy skórę powiekową aż do drugiego cięcia skórnego 2 ctm. długiego, jakie wykonuje pod samym łukiem brwiowym, przyszywa tam wolne końce pasków mięśniowych do górnego, wzgl. dolnego, brzegu ranki skóry, dokąd je zapomocą szczypczyków podskórnie podprowadził. Teraz dopiero paski mięśniowe od podstawy odcina i przymocowywa pionowo, a zarazem zamyka ranki skórne kilku szwami.

Myśl dobra, lecz dopiero dalsze doświadczenie pokaże, o ile operacya ta więcej od innych ma wartości; bo jeden jedyny, przez autora operowany przypadek, niczego nie dowodzi wobec tego, że i inne sposoby a mianowicie operacya Weckera, także doskonałe dają wyniki, nawet w najwyższych stopniach wrodzonego opadania powiek. *(Przyp. sprawozdawcy).* *Bol. Wicherkiewicz.*

Dr. Monti Borhardt: **Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego.** *(Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie,* II Band, III i IV Heft 1897). Zasady, jakiemi się kierowano w leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego w tych przypadkach, które służyły za materyał do niniejszej pracy są następujące:

I) Zapalenie wyrostka robaczkowego wymaga wtedy leczenia chirurgicznego, gdy się stwierdzi obecność ropnia.

II) Otwieranie otorbionych ropni, umiejscowionych w okolicy jelita ślepego, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa w razie, jeśli niema jakichś ciężkich powikłań.

III) Przy konieczności rozstrzygania o istnieniu ropnia można zupełnie bezkarnie wykonywać nakłócie próbne.

IV) Pierwsza operacya ma zmierzać, według autora, jedynie do wypuszczenia ropy i zabezpieczenia jej odpływu przez odpowiednią tamponadę i osączkowanie.

V) Gdy poprzednie postępowanie nie doprowadziło do zupełnego wyleczenia, lecz pozostawiło po sobie przetoki, lub też nie zapobiegło nawrotom sprawy chorobowej, należy przystąpić do zupełnego usunięcia wyrostka robaczkowego, ale to już w tym czasie, gdy sprawa przybrała cechę przewlekłą.

Klinicznie dzieli autor zapalenie wyrostka robaczkowego na ostre i przewlekłe, anatomicznie na: 1) *endoappendicitis catarrhalis,* 2) *endoappendicitis haemorrhagica,* 3) *endoappendicitis purulenta,* 4) *endoappendicitis ulcerosa* i 5) *endoappendicitis perforativa.*

Co się tyczy etyologii tej choroby, to autor powraca do poglądów dawniejszych, wliczając do liczby czynników etyologicznych pierwotne zapalenie jelita ślepego i tworzenie się w wyrostku robaczkowym kamieni kałowych.

Technika operacyjna, opisana przez autora, w niczem się nie różni od ogólnie stósowanej. *Dr.*

H. Neumayer (Monachium): **O ortoformie** *(Münch. med. Woch.* 1897 Nr. 44). Ortoform metylowy ester kwasu p.amido-m.wodorotleno-lędźwinowego, jest lekiem znieczulającym miejscowo. Działa tylko na obnażone zakończenia nerwowe, nie upośledzając zmysłu czucia, ciepła i smaku. Stosować go należy z reguły jako nierozpuszczalną zasadę, gdyż rozczyny soli jego z kwasem solnym mają silnie kwaśne oddziaływanie i drażnią rany i wrażliwsze błony śluzowe. Chlorek w rozczynie stosujemy tylko wtedy, gdy nie mamy pewności, że czysty ortoform w proszku pozostanie dłużej na miejscu.

Przy wrzodach gruźliczych krtani zadmuchiwany w ilości *0.2* (chlorku, lub zasady) usuwał stale bóle na 10—20 godzin (niekiedy jednak tylko na 2—5 godzin) i umożliwiał przyjmowanie pokarmów. Podobnie był on skutecznym przy owrzodzeniach rakowych, wrzodach urazowych, i kłykcinach języka jak i przy zgorzelinie ust (stomacace), ale bez wpływu przy zapaleniach gardła, lub bólu zębów. (Por. ref. w N. 43 Przegl. lek.). *L.*

M. Eberson (Tarnów): **O wartości leczniczej tannoformu.** *(Aerzt. Centr. Anzeiger.* 1897. N. 26. Separatab.). — Tannoform, dwugarbnikometylen, wzoru $CH_2 \genfrac{}{}{0pt}{}{\diagup C_{14}H_9O_9}{\diagdown C_{14}H_9O_9}$ jest przetworem kondensacyjnym aldehydu mrówczanego (formaliny) i kw. garbnikowego. Jestto proszek biały, lekki, smaku mdłego, rozpuszcza się w płynach zasadowych, a rozczyny mają barwę żółtawą, do brunatnej; w wodzie i rozczynach kwaśnych jest nierozpuszczalny. Wobec tego nie drażni on, ani nie nadżera jamy ustnej, a przedewszystkiem nie obciąża żołądka przy podawaniu wewnętrznem. Działanie jego rozpoczyna się w jelitach, a tu, jak już składniki, z których powstał, pozwalają się spodziewać, rozwija on wybitne własności ściągające i przeciwgnilne. To też, według doświadczeń autora, działa on wybornie w biegunkach, tak u osób dorosłych, jak i u dzieci. Trzeba jednak przed jego podaniem zastósować środek przeczyszczający, a po podaniu czuwać nad chorym, gdyż łatwo pojawić się może zaparcie stolca. Początkową więc dawkę 0,25—0,50 cztery razy dziennie, zmniejsza się według potrzeby aż do 0,25 raz na dzień. Nie potrzeba go łączyć ze środkami przeciwgnilnymi, salolem, lub rezorcyną, jak to zwykliśmy czynić przy podawaniu tannigenu, lub tanalbiny.

Przy zastósowaniu zewnętrznem, jako $33^1/_3$% zasypka tannoformowa (z *talc. venetum*) i 10% maść (z *vasel. flav.* i *lanolin. āā*) okazał się środkiem wybornym przy wyprzyskach ostrych i przewlekłych, wyprzaniu (intertrigo), poceniu się nóg i rąk, wrzodach goleniowych, wreszcie w postaci 10% mydła przy woszczynach (favus) na głowie (strupy należy przedtem usunąć, włosy wyrywać, mydliny po natarciu pozostawić na parę godzin, następnie omyć ciepłą wodą, a zabieg ten powtarzać codziennie). *Lewkowicz.*

Klaussner (Monachium): **O ortoformie** *(Münch. med. Woch.* 1897. Nr. 46). Autor sądzi, że ortoform zajmie pokaźne miejsce w chirurgicznym skarbcu leczniczym, a wartość jego polega na dwóch własnościach, mianowicie, że się podobnie jak jodoform rozpuszcza tylko powoli i w małej ilości, i że jest zupełnie nietrującym.

Znieczulenie występuje w 3—5 minut po zastósowaniu środka (proszek, lub 10—20% maść) i trwa około 30 godzin, niekiedy nawet 3—4 dni. Tylko w jednym przypadku, w którym obfita wydzielina zmywała proszek, skutek trwał dwie godziny. Przy zastósowaniu można także zauważyć ograniczenie wydzieliny i ropienia. Że nie jest trującym, świadczy przypadek raka, przy którym stosowano około *60 grm.* tygodniowo bez złych skutków. *Lewkowicz.*

Dr. Wohlgemuth: **O objawach i leczeniu wypadnięcia cewki moczowej u kobiet.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 45, r. 1897). U pięcioletniej dziewczynki, u której wypadnięta ściana cewki moczowej tworzyła przy ujściu cewki guzek wielkości wiśni, sino zabarwiony, przy dotyku bardzo bolesny, usunął autor cierpienie za pomocą żegadła Paquelina, a to w sposób następujący: Po uśpieniu chorej i starannem oczyszczeniu okolicy guzka, wprowadził do cewki zgłębnik rowkowany i pod jego ochroną wykonał,

przez całą grubość obrzękłej błony śluzowej, sześć rozchodzących się promienisto przypaleń wązkiem żegadłem Paquelina. Przed zabiegiem jak również i po nim, stosował okłady z octanu ołowiowego. Po 14 dniach guzek zmniejszył się o połowę, zaś po powtórnem przypaleniu, znikł zupełnie.

Autor zebrał 130 przypadków wypadania cewki moczowej u kobiet, z których 66% przypadków przypada na dzieci i wykazuje, że cierpienie to nie jest tak bardzo rzadkiem jak dotąd utrzymywano. Cierpienie rozwija się, zdaniem autora, najczęściej powolnie u osób niedokrewnych, zołzowatych, u których tkanki są mało sprężyste, jeżeli równocześnie, skutkiem innych przyczyn, n. p. kaszlu i t. p. ciśnienie w jamie brzusznej jest powiększone. W celu leczenia poleca autor w najlżejszych przypadkach odprowadzenie wypadniętej cewki, w cięższych, stosowanie żegadła Paquelina, w sposób powyżej opisany. *Piotrowski.*

Dr. Holländer: **O przypalaniu gorącem powietrzem szczególnie w liszaju żrącym.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1897, Nr. 43). Autor zaleca, zwłaszcza w przypadku liszaja żrącego, użycie gorącego powietrza, otrzymanego w ten sposób, że balonikiem podwójnym przepędza je przez rurkę metalową, rozpaloną do czerwoności. Powietrze takie posiada ciepłotę 300° C. i ma tę wyższość nad żegadłem Paquelina, że można dokładnie działanie gorąca dawkować. Tym sposobem osiągnąć można zupełne, lub też tylko względne, zwęglenie skóry. W ostatnim przypadku skóra staje się, zupełnie bladą i nabiera wejrzenia suchej, nie traci jednak w tym okresie swej żywotności i po pewnym czasie wraca do stanu pierwotnego. Ten stopień przypalenia wystarcza do zniszczenia wszystkich chorobowych ognisk. Operacyi tej dokonuje H. w uśpieniu (po przebudzeniu się bólów nie ma); opatrunek z maści borowej. *Herman.*

Prof. Dr. Herman Pagenstecher: **O zastosowaniu dużych dawek jodu w okulistyce.** *(Klin. Monatsblt. f. Augenheilkunde,* Grudzień, 1897). Wiadomo, że jod może być podawanym w większych dawkach, niż przepisuje farmakologia; a nawet tam, gdzie małe dawki wywołują objawy zatrucia, większe nieraz bywają dobrze znoszone i to przez dłuższy czas. Do dawek większych autor zalicza 5—25 grm. dziennie. P. podawał jod w przypadku guza oczodołowego, który wzrósł w przeciągu 6-ciu tygodni, silnie wysadzał gałkę (na szerokość dwóch palców) i unieruchomiał ją. Chory ten cierpiał, obok tego, od 8-miu lat, na osutkę skórną, wedle specyalistów różnie rozpoznawaną, która po energicznych wcierkach nie zmieniała się. Chory ten przechodził wrzód na członku, jednak bez osutki 2-gorzędnej. Mimo szybkiego wzrostu guza, P. skłaniał się do rozpoznania mięsaka oczodołu, znalazłszy jednak 2 guzki podskórne wielkości bobu, spróbował dużych dawek jodu. Zaczął od 3-ch łyżek dziennie roztworu *Kali jodati 25:200,* zwiększając dawkę do 5-ciu łyżek. Już po 4-ch dniach gałka okazywała ślad ruchomości, poczem chory zażywał 7—8 grm. *Natri jodati.* Po 5-ciu tygodniach guz zupełnie znikł, a gałka zachowywała się prawidłowo. Po dwóch latach P. miał sposobność widzieć chorego z okiem zupełnie prawidłowem. Obok tego stosował P. duże dawki jodu w *episcleritis, resp. scleritis,* w 15-tu przypadkach, z dobrym skutkiem. Radzi mianowicie środka tego używać tam, gdzie inne, jak *Natrium Salicyl.,* Chinina, wcierki etc. zawodzą, gdzie występują wybitne guzy w twardówce z następowemi zmianami rogówki i tęczówki i gdzie jest skłonność do nawrotów. Przy niedomodze i porażeniu mięśni ocznych miał autor również dobre wyniki, choć nie tak pewne, jak przy *scleritis i episcleritis.* Że duże dawki mogą być dłuższy czas dobrze znoszone, podaje autor za przykład chorą, która z własnej woli z obawy przed nawrotem choroby, zażywała po 8 grm. *Kali jod.* dziennie przez 5 miesięcy, czując się przytem zupełnie dobrze. Największa dawka, jaką stosował, była 25,0 *Natr. jod.* dziennie, przez 3 tygodnie, bez najmniejszych zaburzeń. Naturalnie jod winien być podawanym zawsze bezpośrednio po jedzeniu. *Dr. A. Bednarski.*

Prof. Dr. J. Jonnesco: **O wycinaniu śledziony.** *(Archiv. Langenbecka* T. 55, Z. II.) Wychodząc z zasady, (wyznawanej przez autora), że wycięcie śledziony wskazanem jest w takich przypadkach zimniczego przerostu tego narządu, w których leczenie wewnętrzne pozostaje bez wpływu na przebieg choroby, a dokuczliwe bóle, głównie zaś rozpoczynająca się chora, zagrażają życiu chorego, wykonał autor w 7 odpowiednich przypadkach tę operacyę. Z operowanych tym sposobem 1 umarł z powodu zapalenia otrzewnej, reszta chorych wyzdrowiała i autor mógł u każdego stwierdzić znaczną poprawę w składzie krwi, po przemijającej leukocytozie. Jakichkolwiek zaburzeń chorobowych, po tej operacyi nie zauważył. Te korzystne stosunki zachęcają J. do określenia wskazania, aby splenektomię wykonywać w przypadkach „przerostu śledziony bez ważniejszych objawów miejscowych, jako rękoczyn, zapobiegający ogólnemu zakażeniu zimniczemu z grożącą chéra“.

Ósmą z rzędu splenektomię wykonał autor u 24-letniego chorego, z powodu zajmującego śledzionę torbiela, o ścianach miejscami zwapniałych i wypełnionego dwoma litrami ropy. Chory wyzdrowiał. Stosunek ciałek krwi 1 (białe):509 (czerw.), zmienił się po operacyi 1 : 167. *Herman.*

Dr. Oscar Wolf: **Wskazania do resekcyi stawów gruźliczych.** *(D. Z. f. Ch.* T. 45). Zestawiając wyniki z kliniki Bardenheuera, autor doradza, aby resekcye stawu przy gruźlicy wykonywać wcześnie; by do otwarcia stawów używać cięć szerokich, do czego nadają się dobrze poprzeczne cięcia Bardenheuera; gdzie to możliwe resekować należy zewnątrz torebek, by uniknąć zakażenia rany i stworzyć warunki do rychłozrostu, wreszcie resekować bez względu na przyczepy mięśni, a po resekcyi połączyć kości gwoździami i szwem kostnym. *St. D.*

Dr. Paul Kuźnik: **Porównanie wartości szwów jelitowych.** *(D. Z. f. Ch.* T. 45). Autor próbował rozmaitych szwów jelitowych na psach i, na podstawie tych doświadczeń, poleca przy połączeniach wprost szew Mannsell-Ulmanne, przy połączeniach bocznych szew Jenna lub Barącza, jakoteż szew z pomocą guzika Murphyego z dodaniem szwu Lamberta; guzika nie należy używać przy gastroenterostomii. W tej pracy występuje K. przeciw wykluczaniu pętli bez pozostawienia przetoki. *St. D.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie administracyjne dnia 29 Listopada 1897 roku
Przewodniczący kol. Wiczkowski.

Po przemówieniu kol. przewodniczącego i po odczytaniu sprawozdań rocznych sekretarza, bibliotekarza i gospodarza, odbyły się wybory wydziału na rok 1898. Wybrano: prezesem kol. Macheka, wiceprezesem kol. Gluzińskiego Antoniego, sekretarzem kol. Hojnackiego, gospodarzem kol. Stachiewicza (ponow.), członkami biura koll.: Papée'go i Szulisławskiego (obydwa ponownie); bibliotekarzem kol. Dębickiego (ponownie); delegatami na walne zgromadzenie Tow. lek. gal. koll.: Becka, Feuersteina, Kowalskiego, Opolskiego i Wiczkowskiego, zastępcami delegatów koll.: Barącza, Trzcienieckiego i Wehra

Sekretarz: *Dr. Feuerstein.*

Towarzystwo psychiatrów i neurologów w Wiedniu.

Posiedzenie z d. 18 stycznia 1898 r.
Przewodniczący Prof. Krafft-Ebing.

1) Dr. Infeld przedstawił 49cio-letnią chorą, dotkniętą wiądem rdzenia pacierzowego z brakiem czucia, ograniczonym ściśle do środka twarzy. Chora miała, oprócz zwykłych objawów wiądu, porażenie le-

wego nerwu języko-ruchowego, bolesność na ucisk wielu mięśni kończyn, zajęcie wiądowe obu stawów szczękowych, z łatwo wyczuwalnem tarciem wśródstawowem i znaczne powiększenie główek kości szczękowych. Po wewnętrznej stronie ramion rozpościerał się brak czucia na większej przestrzeni; oprócz tego zjawisko to znajdowało się na środku czoła i w obrębie nosa. Na zakończenie Dr. Infeld porównał przypadek przedstawiony, z przypadkami Laebra, zaznaczył rzadkość i omówił trudności rozpoznawcze.

2) Dr. Sölder przedstawił 40sto-letnią chorą, dotkniętą tętniakiem tętnic podstawowych mózgu. Oprócz błednicy i zapalenia obu stawów kolanowych, nie przechodziła ona żadnych chorób. Od 16-stu lat zamężna. W roku 1891 chora ta czuła się osłabioną w ciągu kilku tygodni, poczem „podczas nocy“ miało wystąpić lewostronne porażenie twarzy, gęganie, utrudnienie połykania, szum w uchu lewem, który też i potem nie ustąpił, wreszcie pogorszenie słuchu. Od roku 1894 pogorszenie wzroku, z początku oka prawego, a potem i lewego. Chora zauważyła, że okiem lewem najlepiej widzi przedmioty, położone na zewnątrz punktu naośnie widzianego. Ból głowy, dawniej często występujący i to silniej po stronie lewej, znikł ostatnimi czasy zupełnie.

Unerwienie lewej połowy twarzy znacznie gorsze, aniżeli prawej. Szpara powiekowa lewa nieco szersza, niż prawa. Język przy wyciąganiu zbacza na prawo. Oddziaływanie źrenic i ruchy gałek ocznych prawidłowe. Bystrość wzroku obniżona; nosowe połowy pola widzenia jeszcze bardziej ucierpiały, gdyż tu pozostało zaledwo poczucie światła (Hemianopsia binasalis). Silny światłowstręt. Wziernik wykazuje tarczę zastoinową nerwu wzrokowego w przejściu do zaniku. Badanie słuchu wykazuje: dal słuchowa ucha prawego wynosi 80/200; w dolnym odcinku błony bębenkowej blizna. Błona bębenkowa ucha lewego prawie normalna, zegarek i szept słyszalny tylko tuż przy uchu. Tony wysokie i nizkie — niesłyszalne. Po stronie lewej przewodnictwo kostne skrócone. Chora słyszy ustawicznie szumw uchu lewem, który podczas nasileń rozlega się po całej głowie. Chód chwiejny. Osłuchiwanie głowy wykazuje szmer śpiewny, rytmiczny, wzbierający współcześnie z falą tętna, często słyszalny na całej czaszce i na kości jarzmowej, a najczęściej i najsilniej na potylicy i na wyrostkach sutkowych. W czasie największego nasilenia można ten szmer słyszeć w odległości 2—3 metrów od głowy. Przy ucisku tętnic szyjnych szmer cichnie, a nawet znika zupełnie; wydech go wzmacnia. Dr. Sölder roztrząsał rozpoznanie tego przypadku i, obok objawów guza i szmeru, podniósł przewlekły przebieg, względnie dobry stan ogólny i wielorakość objawów ogniskowych, wskazującą na liczne umiejscowienia zmian chorobowych. Wskutek tego wykluczył zarówno guz silnie unaczyniony, jak i guz uciskający jedną z większych tętnic, położonych u podstawy mózgu. Obecność tętniaka tętnicy podstawowej, względnie kręgowej lewej, tłómaczy nam uszkodzenie nerwu twarzowego i słuchowego; prócz tego należy przypuścić, że skrzyżowania pasem nerwów wzrokowych, uciska obustronnie w kątach bocznych tętniak tętnicy szyjnej domózgowej, który powoduje „hemianopsia binasalis“. Jestto zresztą zwykłe umiejscowienie tętniaków, których mnogie występywanie nieraz już spostrzegano. Zwykłych czynników przyczynowych dla powstawania tętniaków, jak urazu, kiły, zapalenia śródsierdzia, zwyrodnienia miażdżycowego tętnic, wykazać nie było można. Uderza, że chora słyszy szmer przeważnie w uchu lewem, którego nerw nadwerężony i że szmer, wysłuchem stwierdzony, nie odpowiada opisowi podmiotowego wrażenia szmeru, podawanemu przez chorą, a które spowodowane jest uciskiem lewego nerwu słuchowego; szmeru tętniaka zaś chora wcale nie słyszy, okoliczność trudna do wytłómaczenia, ale już nieraz spostrzegana. (Streszczenie własne).

3) Prof. Krafft-Ebing: Wygłosił rzecz: „O ecmnesyi“. Prelegent przypomniał doświadczenia hipnotyczne, wykonane w tem samem gronie, w roku 1893, nad wmówionem przeniesieniem w okres życia o kilka lub kilkanaście lat wcześniejszy; wtedy te doświadczenia różnie oceniono, a niektórzy uczeni nazwali je nawet wprost szalbierstwem, gdy tymczasem nie chodzi tu o nic innego, jak o sztuczne wywołanie odtworzenia (reprodukcyi) okresów życia, po większej części utajonych w dziedzinie świadomości. Po omówieniu przypadków dotąd ogłoszonych, w których stan podobny wystąpił dobrowolnie, mówca przedstawia chorą 21-letnią, dziedzicznie obciążoną, która w roku 1893 dostała, po wielkich wzruszeniach, napadów letargu z następowem bredzeniem. Przy badaniu spostrzeżono u niej znamiona histeryi. Po hipnozie, stosowanej w celach leczniczych, wystąpił u chorej przemijający stan psychopatyczny, podczas którego chora sądziła, że jest w 10 roku życia, zresztą jednak była przy pełnej samowiedzy. Wszystko, co się wydarzyło po 10 roku, poszło w niepamięć; natomiast przypominała sobie chora bardzo dokładnie zdarzenia z pierwszego okresu życia swego, tak, że pamięć chorej dla tego okresu zdawała się podniecona lub zaostrzoną. Takie stany „ecmnesyi“ przyłączały się często do letargu, lub powstawały po uśpieniu hipnotycznem; nie trudno też było, przy pomocy wmówienia, stan ten zupełnie usunąć. Od kilku miesięcy, znowu po silnych wzruszeniach, chora miewa co kilka dni napady histeryczne; z tego powodu prosiła o powtórne przyjęcie do kliniki. Dobrowolnie „ecmnesya“ już nie wystąpiła, ale można ją z łatwością wywołać przez wmówienie w stanie hipnotycznym, co też mówca pod koniec wykładu uczynił. (Podobne doświadczenia robił także Prof. Cybulski w Krakowie, w roku 1894). (*Sprawozdanie oryginalne*). *Dr Halban.*

† Dr. Stanisław Paszkowski.

Dnia 7. b. m. zakończył życie w Krakowie Dr. Stanisław Paszkowski, b. asystent U. J., b. prymaryusz szpitala św. Łazarza, b. prezes Tow. lek. krak. i b. radca miejski, i t. d., lekarz wielkiej wziętości i szerokiej wiedzy zawodowej, człowiek nieposzlakowanego charakteru i wielkiego serca.

Zmarły przyszedł na świat w r. 1845; szkoły gimnazyalne, a następnie Wydział lekarski ukończył w Krakowie. Po śmierci prof. Gilewskiego, kiedy kierownictwo krakowskiej Kliniki chorób wewnętrznych powierzonem było śp. prof. Antoniemu Rosnerowi, śp. Paszkowski sprawował obowiązki asystenta; stanowisko to zatrzymał i nadal, po zamianowaniu, w r. 1875, Dra E. Korczyńskiego profesorem i dyrektorem Kliniki chorób wewnętrznych. W roku 1879 otrzymał posadę prymaryusza oddziału chorób wewnętrzn. w Szpitalu św. Łazarza i pełnił te obowiązki do m. marca 1897 r., t. j. do chwili, w której rozwijająca się choroba uniemożebniła cieleśnie i umysłowo pracę, obciążoną tak wielką odpowiedzialnością.

Na każdym kroku swej lekarskiej działalności, czy to przy łożu chorego, czy w rozprawach na posiedzeniach Towarzystwa lek., składał śp. Paszkowski dowody swej głębokiej wiedzy i gorącego zamiłowania do nauki, do pióra jednak był nieochoczy, co sam przyznawał; znaną nam jest tylko jedna jego rozprawa, napisana w r. 1875, w czasach asystentury, p. t.: „Kilka uwag o apomorfinie, ze szczególnem uwzględnieniem działania fizyologicznego“.

Jako lekarz, był śp. Paszkowski praktykiem, a zwłaszcza dyagnostą, w najwyższem rozumieniu tego wyrazu: gdy szło o rozpoznanie choroby, wytężał umysł, tracił czas na dociekaniu, zgłębiał pomocniczemi drogami zawiły przypadek, aż dotarł do prawdy; to też rozpoznanie jego wielce było cenione przez ogół lekarzy krakowskich. Co do leczenia, to posługiwał się lekami nader prostymi i w b. małych dawkach.

Jako człowiek, zmarły był charakteru nieskazitelnego, a cechą wybitną jego osoby była odwaga w wypowiadaniu przekonań. Sp. Paszkowski nietylko nie zlewał się z szarym i niewyraźnym tłumem, ale przeciwnie, we wszystkiem, co się odnosi do wielkich zagadnień, zwłaszcza własnego społeczeństwa, był człowiekiem samoistnych, wzniosłych zasad, których szczerość i bezinteresowne wyznawanie jednały mu serca ludzkie. Już to wyznać należy, że szlachetne to życie, jeśli miało jaką nagrodę na ziemi, to nią był szacunek ogólny i powszechna miłość ludzka.

Ogół lekarzy krakowskich przebolał już wiele strat i różnej miary; żadna jednak może nie wywołała tak boleśnego udręczenia, takiego ścieśnienia serca, jak ta ostatnia, kiedy przekonał się, że ten umysł światły, żywy, bystry, który tak świetnie wyróżniał śp. P., zachodzi mgłą, że duch ten męzki i prawy łamie rozpoczynająca się ciężka choroba i że, zanim wstąpi w wieczne cienie, czeka go beznadziejna, może kilkoletnia, bezcelowa, bo nieświadoma walka ze śmiercią na tej ziemi, którą tak gorąco miłował.

Po dwóch latach pasowania się z chorobą zeszedł z tego świata, pozostawiając nam do naśladowania wzór zawodowej sumienności, tkliwego koleżeństwa, niezłomności ducha, i wzniosłości serca.

Dr. Kwaśnicki.

VIII. KORESPONDENCYE

Z Poznania.

(Zjazd lekarzy i przyrodników w Poznaniu. Z wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego. Komitet redakcyjny „Nowin lekarskich").

Przyszły Zjazd lekarzy i przyrodników, mający się odbyć w m. lipcu b. r. w Poznaniu, jest ósmym zjazdem, urządzonym wogóle przez lekarzy i przyrodników polskich, a drugim w Poznaniu. Z poprzednich zjazdów trzy odbyły się w Krakowie, trzy we Lwowie i jeden w Poznaniu, w r. 1884. Już siódmy zjazd, w r. 1894., miał mieć miejsce w Poznaniu; ze względu jednak na odbywającą się w roku tym wystawę we Lwowie postanowiono, na wniosek kolegów lwowskich, porządek zmienić i zjazd urządzić we Lwowie. Na drugiem ogólnem posiedzeniu tego zjazdu wybrano jednogłośnie Poznań, na miejsce ósmego zjazdu w r. 1897. Gospodarzami Zjazdu mianowano prof. Dr. Wicherkiewicza i Dr. Fr. Chłapowskiego; w miejsce pierwszego wstąpił później Dr. H. Święcicki. Na jednem z zebrań, zwołanych w początku roku 1896., wybraną została komisya, mająca zająć się urządzeniem Zjazdu. Pierwszem zadaniem komisyi tej było wypośrodkowanie, czy pomimo przypadającego w r. 1897. międzynarodowego zjazdu w Moskwie, należy urządzać w tymże roku zjazd w Poznaniu, lub też go odłożyć? Po bliższem porozumieniu się, mianowicie z kolegami zakordonowymi, postanowiono Zjazd w Poznaniu odłożyć na rok 1898. Komisya, składająca się pierwotnie z siedmiu członków, przybrała z czasem coraz więcej nowych i zawiązała się w komitet przygotowawczy, w skład którego wchodzi obecnie kilkudziesięciu członków, tak lekarzy i przyrodników z Poznania i z prowincyi, jak i innych obywateli miejskich i wiejskich. Między ostatnimi widzimy księcia Zdzisława Czartoryskiego, hr. Mieczysława Kwileckiego, Dr. Adama Żółtowskiego, hr. Engeströma, księdza szambelana Wawrzyniaka, szambelana Cegielskiego, Dr. Kusztelana, Dr. Celichowskiego, Dr. Łebińskiego, Dr. Kanteckiego, Dr Ersepkiego i innych. Na prezesa komitetu wybrano pierwotnie Dr. Fr. Chłapowskiego; gdy ten jednakowoż urząd złożył, z powodu iż termin zjazdu zmieniono tak, że w czasie zjazdu nie mógł by być obecnym w Poznaniu, mianowano prezesem Dr. H. Święcickiego. Urząd sekretarza jeneralnego sprawuje Dr. A. Jaruntowski. Komitet przygotowawczy, odbywający od początku roku 1897. co miesiąc ogólne posiedzenie, podzielił się na trzy sekcye: gospodarczą, wydawniczą i wystawową, z których każda, w poszczególnych zebraniach, opracowuje przypadający jej dział. Najważniejszą sprawą, wymagającą kilkakrotnego omówienia, było ustanowienie bliższego terminu zjazdu. Pierwotnie postanowiono urządzić zjazd podczas Zielonych Świąt, to jest w ostatnich dniach maja i pierwszych czerwca. Gdy jednakże tak z Galicyi, jak przedewszystkiem z Królestwa, dały się słyszeć głosy kompetentne, uważające termin ten za niedogodny dla tamtejszych lekarzy, przełożono zjazd na pierwsze dnie (4-go 6-go) lipca; później gdy się dowiedziano, że profesorowie krakowscy i lwowscy, dopiero 10 go lipca wykłady swe kończą, wyznaczono na zjazd dnie 12 do 14-go lipca b. r. Po ogłoszeniu uchwały tej dały się znowu słyszeć głosy, przeciwne terminowi w lipcu; komitet przygotowawczy jednakże, uwzględniwszy poprzednio wszelkie życzenia, jakie tylko uwzględnione być mogły, postanowił od terminu w lipcu nie odstępować. Toć ostatnie dwa zjazdy odbyły się również w lipcu, w Krakowie od 17-go do 21-go lipca r. 1891., we Lwowie od 23-go do 26 go lipca r. 1894., i oba zjazdy te udały się bardzo dobrze. Prócz tego musiał komitet, przy ustanowieniu terminu zjazdu, mieć także na względzie i lokalne stosunki poznańskie. Urządzaniem zjazdu w Poznaniu zajmują się nie tylko lekarze i przyrodnicy tutejsi, lecz także i inni obywatele; w zjeździe zaś samym weźmie udział, tak, jak to miało miejsce w r. 1884., nieomal cała inteligencya Poznania i Księstwa. W pierwszej połowie lipca jest Poznań, że tak powiem, jeszcze w komplecie, później opróżnia się miasto znacznie; większa część inteligencyi wyjeżdża, bądź to do wód, bądź też na wieś, i to jedni już w lipcu, drudzy w sierpniu lub później tak, że podczas miesięcy letnich miasto mniej lub więcej świeci pustkami. Ażeby więc, o ile się to da, całemu tutejszemu społeczeństwu umożliwić udział w zjeździe, co też do uświetnienia zjazdu jest rzeczą niezbędną, wyznaczył komitet termin ostateczny zjazdu w pierwszej połowie lipca.

Co się tyczy strony naukowej, to wydział lekarski postanowił na razie urządzić pięć głównych sekcyj: dla medycyny teoretycznej, wewnętrznej, chirurgii, ginekologii, i okulistyki; wydział zaś przyrodniczy dwie sekcye: dla nauk przyrodniczych ścisłych i opisowych, wybierając jednocześnie odpowiednich gospodarzy i sekretarzy. Dwie odezwy, ogłoszone roku przeszłego przez zarząd komitetu, oraz odezwa ze strony sekcyi wystawowej, przyczyniły się do tego, że już teraz nadchodzą dość liczne zapytania co do Zjazdu i zgłoszenia z odczytami. I tak prof. Kostanecki z Krakowa przyrzekł mówić na temat: „O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii"; prof. Rydygier podał cztery tematy: 1) O leczeniu przerostu gruczołu krokowego; 2) Wskazania do uretrotomii wewnętrznej i zewnętrznej; 3) O nowotworach pęcherza z demonstracyą; 4) Jeszcze kilka słów o tak zwanej *coxa vera.* Dalej zgłosili się z odczytami: Dr. Sędziak z Warszawy: 1) Uwagi w sprawie operacyjnego leczenia raków krtani; 2) Obecny stan nauki o nerwicach zwrotnych pochodzenia nosowego, gardlanego, oraz usznego; 3) O łagodnych guzach w jamie ustnej i gardzieli. Dr. Fabian z Warszawy: „Chemia i medycyna, ich stosunek wzajemny w obecnej dobie". Dr. Arnstein z Kutna-Ciechocinka: 1) O wpływie zmiany miejscowości na przebieg krzuśca i o znaczeniu leczniczem tego środka; 2) 60 przypadków rwy kulszowej (ischias), leczonych w Ciechocinku. Dr. A. Jaruntowski z Poznania: „Pogląd na obecny stan zwalczania gruźlicy płuc". Dr. Józef Ziemba z Władykaukazu: 1) Płody kopalne Kaukazu; 2) Wprowadzenie zasad geologii do średnich zakładów naukowych. Dr. A. Wróblewski z Krakowa zastrzegł sobie trzy tematy. Kilku wybitniejszych lekarzy Warszawskich przyrzekło także przybyć z odczytami, bez podania jeszcze bliższych tematów. W końcu mamy też pewne dane, że prof. Natanson z Krakowa zechce wygłosić odczyt na jednem z posiedzeń ogólnych.

Przyszły zjazd w Poznaniu ma więc wszelkie widoki powodzenia, o co tak komitet przygotowawczy jak i większa część tutejszych lekarzy i przyrodników najusilniej się stara.

Na walnem zebraniu wydziału lekarskiego pozn. Tow. Przyj. Nauk w dniu 18-go Grudnia r. przeszłego, na którem współudział kolegów, tak miejscowych jak i zamiejscowych, był liczniejszym niż zazwyczaj, przedstawił kol. Drobnik przypadek repozycyi wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego, oraz 14-letnią dziewczynkę, cierpiącą na *coxitis tuberculosa*, u której wykonano wyjęcie stawu biodrowego; przy tej sposobności omawiał D. różne metody leczenia, polecone w nowszych czasach, krwawe i bezkrwawe, stwierdzając, że kiedy w lżejszych przypadkach bezwarunkowo konserwatywne leczenie jest wskazanem, to w cięższych nieraz to nie wystarcza. Przy resekcyi, jeżeli mamy do czynienia tylko z zajęciem panewki *(coxitis iliaca)* stosuje D. wymyśloną przez siebie po próbach *in cadavere*, metodę, w której wycina główkę uda, nie nadwerężając żadnego ważniejszego mięśnia, przy czem nie pozbawia kończyny funkcyi po wyleczeniu. Kolega Radojewski z Janówca odczytał historyę choroby, dotyczącą przypadku rozszerzenia żyły podstawowej *(vena basilaris)*, spostrzeganie kliniczne i wynik autopsii mózgu pośmiertnej. Na zwyczajnem posiedzeniu wydziału, dnia 7-go stycznia r. b., wygłosił kol. Za-

krzewski odczyt na temat: „O przewlekłem zaparciu stolca“. Odczyt ten będzie ogłoszonym w „Nowinach lekarskich“.

Od Nowego 1898. r. objął całe wydawnictwo, to jest nakład, administracyę i ekspedycyę „Nowin lekarskich“ komitet redakcyjny, składający się nietylko z dotychczasowych członków: Drów Fr. Chłapowskiego, Koehlera, Święcickiego z Poznania, Dr. Szumana z Torunia i prof. Dr. Wicherkiewicza z Krakowa, ale i z trzech kooptowanych, a mianowicie Drów Tomasza Drobnika, Artura Jaruntowskiego i Jana Panieńskiego. Urząd przewodniczącego objął, w miejsce ustępującego dla braku czasu Dr. H. Święcickiego, Dr. Fr. Chłapowski (ul. Wiktoryi, 27); urząd sekretarza Dr. J. Panieński; biuro administracyi i ekspedycyi znajdować się będzie u Dr. T. Drobnika (św. Marcin 74).

W styczniu. *Prus.*

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

—

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Protokół posiedzenia pełnej Izby lekarskiej w Krakowie w d. 18 grudnia 1897 r.

Obecni: Przewodniczący Prezydent Dr. Łazarski.

Członkowie: Drowie Dietzius, Gedl, Jabłoński Stanisław, Kijas, Obaliński, Ponikło, Świątek, Trzebicky, Wain, Walczyński.

1) Odczytano, przyjęto i podpisano protokół posiedzenia z d. 22 maja 1897.

2) Prezydent streszcza sprawy załatwione przez Wydział Izby w r. 1897. Sprawozdanie to Izba bez dyskusyi przyjęła do wiadomości.

3) Następnie Prezydent zdaje sprawę z czynności Rady honorowej w r. 1897 w myśl uchwały Izby z d. 22 maja 1897. — Przyjęto do wiadomości.

4) Prezydent zdaje szczegółowe sprawozdanie z przebiegu obrad III wiecu Izb lekarskich, odbytego w Gracu, i zapadłych na nim uchwał w d. 3 października 1897.

W dyskusyi:

Dr. J a b ł o ń s k i wykazuje, że kraj nasz jest w odmiennych warunkach, niż inne kraje koronne; że wojska u nas jest bardzo dużo, a tem samem i więcej lekarzy wojskowych, którzy w niektórych miejscowościach całą lepszą praktykę zajmują; do narad zaś prawie nigdy lekarzy cywilnych nie wzywają, mając to sobie za ubliżenie; często, co do praktyki, zachodzą w kolizyę z lekarzami cywilnymi, a że nie należą do Izby lekarskiej, przeto i złemu zaradzić nie można. Dlatego stawia wniosek, zmierzający do wystąpienia całą siłą, aby lekarze wojskowi należeli do Izby lekarskiej, a przynajmniej o tyle, o ile zajmują się praktyką i aby taksy na rzecz Izby uiszczali.

Dr. T r z e b i c k y zwraca uwagę, że jakkolwiek wywody Dra Jabłońskiego w zasadzie są słuszne, to jednak ministerstwo nigdy się nie zgodzi, aby lekarze wojskowi należeli do Izby lekarskiej, a to choćby li tylko dlatego, że mają swoją osobną Radę honorową.

Dr. D i e t z i u s podnosi, że w Jarosławiu, na 11 lekarzy cywilnych, jest 18 wojskowych i że wszyscy praktykę wykonują; wniosku Dra Jabłońskiego jednak nie popiera, bo jest zupełnie tego samego zdania co Dr. Trzebicky i dlatego wnosi o przejście do porządku dziennego nad tą sprawą.

Dr. P o n i k ł o widzi wielkie trudności w przeprowadzeniu wciągnięcia lekarzy wojskowych do Izby lekarskiej; jednak sądzi, że powinienby się znaleźć odpowiedni sposób wprowadzenia lekarzy wojskowych, praktykujących w związek Izby. Nie widzi też w tem nic nieprawidłowego, aby ewentualne sprawy, odnoszące się do lekarzy wojskowych praktykujących, a podpadające pod kompetencyę Rady honorowej, były przez Izbę rozpatrywane, a władzom wojskowym odstępowane do dalszego traktowania.

Dr. O b a l i ń s k i sądzi, że jest niemożliwe, aby lekarze wojskowi należeli do Izby, ale radzi porozumieć się z Izbą lwowską, celem zestawienia wielu lekarzy wojskowych praktykuje w Galicyi, a następnie wnieść do odpowiedniej władzy wojskowej pismo z prośbą o pouczenie, w jaki sposób sprawa należenia do Izby lekarzy wojskowych mogłaby być załatwioną.

Dr. G e d l nie rozwodzi się nad potrzebą i koniecznością należenia lekarzy wojskowych do Izby; nie zgadza się jednak, aby lekarze wojskowi płacili wkładkę na rzecz Izby bez pełnych praw, bo to tylko wobec Ministerstwa Izbę lekarską w złem świetle by przedstawiło.

Dr. J a b ł o ń s k i, po wyjaśnieniu Dra Trzebickyego, modyfikuje swój wniosek w ten sposób, aby Izba uchwaliła w zasadzie, że lekarze wojskowi powinni należeć do Izby, zaś co do spraw spornych między lekarzami cywil. a wojskowymi należy się zapytać Władz wojskowych, jak mamy postępować.

Dr. W a l c z y ń s k i nie zgadza się, aby lekarze wojskowi płacili wkładki bez pełnych praw, innym Członkom przysługujących; zaś co do wnoszenia jakich pism do Władz wojskowych, to jest przekonany, że te żadnego skutku nie przyniosą.

Dr. T r z e b i c k y przyłącza się do zdania Dra Walczyńskiego i wnosi, aby sprawę tę zaniechać.

P r e z e s również jest zdania powyższego i dlatego wnosi o przyłączenie się do uchwały wiecu Izb.

Dr. O b a l i ń s k i, ponawia swój wniosek udania się do odnośnych władz wojskowych, aby nas pouczyły, w jaki sposób możnaby zaradzić poprawie stosunków między lekarzami cywilnymi a wojskowymi.

Dr. D i e t z i u s odradza stanowczo wnoszenia jakichkolwiek pism do Władz wojskowych, bo te zostaną bez skutku. Wyjaśnia zaś, że jeżeli w sprawie jakiej, z praktyki wypływającej, ma coś lekarz cywilny przeciw lekarzowi wojskowemu, to wystarczy proste jego o fakcie doniesienie do Władzy wojskowej, a ta da mu zupełną satysfakcyę, jak to już mógł sam na sobie sprawdzić.

Dr. O b a l i ń s k i, z tego co Dr. Dietzius powiedział, dochodzi do przekonania, że możemy mieć satysfakcyę z lekarzami wojskowymi, gdyż Izba w razie danym może sprawę rozpatrzyć, a jeżeli uzna za stosowne, odstąpi ją Radzie honorowej wojskowej.

Dr. W a l c z y ń s k i radzi, aby ogłosić, że jeżeli który z kolegów ma coś przeciw lekarzowi wojskowemu, to ma się udać do Izby, a ta dopiero wystąpi w jego imieniu.

Dr. T r z e b i c k y sprzeciwia się powyższemu wnioskowi, uważając go za prowokacyę.

Gdy do głosu więcej się nikt nie zapisał, uchwaliła Izba jednogłośnie wniosek Dr. Dietziusa, aby przejść do porządku dziennego nad tą sprawą i wyraża podziękowanie Prezydentowi, jako Delegatowi na wiec, zatwierdzając równocześnie uchwały, jakie zapadły na wiecu Izby lekarskiej w Gracu.

5) Wniosek Wydziału w sprawie zwołania wiecu ogólnego lekarzy, należących do zachodnio-galicyjskiej Izby lekarskiej.

Prezydent wyjaśnia, że zwołanie wiecu może tylko nastąpić na podstawie uchwały Izby, a wobec coraz częściej tak prywatnie, jak i w dziennikach okazywanych życzeń zwołania wiecu, nie widzi przeszkody i poddaje sprawę pod dyskusyę.

Dr. P o n i k ł o popiera gorąco zwołanie wiecu, usprawiedliwiając to żądaniem wielu lekarzy, szczególniej młodszych. Sądzi, że zwołanie wiecu nic nie zaszkodzi, a da sposobność każdemu wyjawienia swych życzeń i usprawiedliwionych zażaleń.

Dr. J a b ł o ń s k i sądzi, że wiec taki nic dodatniego nie przyniesie, że przyjadą tylko tacy, co jako tako się mają, a ci wiecu nie żądają, tudzież lekarze biedniejsi, co

mają poczucie dla obowiązków stanu; ci będą tylko rozczarowani, że pieniądze niepotrzebnie wydali, dlatego jest przeciwny zwołaniu wiecu.

Dr. Obaliński proponuje, zamiast zwołania wiecu ogólnego, aby ci Panowie, co reprezentują swoich wyborców w Izbie, każdy w swoim okręgu wyborczym zwołał zgromadzenie, omówił sprawy, a następnie żądania swych wyborców Izbie przedstawił.

Dr. Gedl jest również zdania, że zwołanie wiecu nie przyniesie żadnego dodatniego wyniku, jednak jeżeli Izba wiecu nie zwoła, to przez to narazi się tylko na jeszcze większe, jak dotąd, szemrania na bezczynność i dlatego jest za zwołaniem wiecu.

Dr. Jabłoński i Obaliński odstępują od swych wniosków.

Dr. Ponikło ponownie przemawia za zwołaniem wiecu, dodając, że Prezes wtenczas wyjaśni, co Izba zrobiła a co władze odpowiedziały; to zrobi dobre wrażenie i Izba uniknie szemrań.

Dr. Wain i Dietzius są również za zwołaniem wiecu.

Gdy nikt więcej do głosu się nie zapisał, Izba uchwaliła jednogłośnie zwołanie wiecu, zaś co do oznaczenia czasu, to pozostawia decyzyę Wydziałowi Izby.

6) Przyjęto do wiadomości sprawozdanie kasowe za r. 1897 i wybrano do sprawdzenia rachunków komisyę z Dr. Dietziusa i Jabłońskiego.

7) Przyjęto na rok 1898 budżet z przychodem w kwocie 2636 złr., rozchodem w kwocie 1250 złr. i uchwalono tytułem wkładki na rzecz Izby, na 1898 rok, 6 złr. a to: na potrzeby Izby 4 złr., zaś na fundusz wsparcia doraźnego 2 złr.

8) Wniosek Wydziału udzielenia renumeracyi urzędnikowi Izby. Udzielono kwotę 50 złr.

Na tem zakończono i podpisano:

Łazarski.

Jeszcze w sprawie lekarzy okręgowych.

Artykuł Dra Stelli-Sawickiego, o lekarzach okręgowych, osiągnął cel, przez autora pożądany, wywołał bowiem obszerną dyskusyę. Jako odpowiedź pojawiło się w Nrze 3. „Przeglądu lek.“ bezstronne i rzeczowe przedstawienie sprawy ze strony nader poważnej i kompetentnej, oceniające młodą instytucyę nie ze stanowiska pomysłów teoretycznych, lecz z własnego doświadczenia i spostrzegania; przedstawienie to nie przemilczało braków, lecz równocześnie nie zamknęło oczów na istotny cel instytucyi, jakim jest i pozostanie na zawsze: ułatwienie niesienia pomocy lekarskiej tam, gdzie jej dotychczas nie było. „To jest jasnem — czytamy tam — że ustawa chce mieć w instytucyi lekarzy gminnych i okręgowych przedewszystkiem organa do leczenia chorych“. To sformułowanie zwięzłe, lecz dobitne, zadań i obowiązków, którym przeważna i to bardzo przeważna liczba lekarzy okręgowych sumiennie i zaszczytnie zadośćczyni, przyczynić się musiało niezawodnie do usunięcia zaniepokojenia umysłów, wywołanego artykułem Dra Sawickiego, i to tak wśród szerszych sfer społeczeństwa, dla których przecież, bądź co bądź, wielki wydatek, ponoszony przez kraj na tę instytucyę, nie może być obojętny, jak i wśród samych lekarzy okręgowych, z których jeden w sposób pełen goryczy, lecz niepozbawiony prawdy, określił stosunek lekarzy okręgowych do ciemnego ludu. Ironiczna uwaga Dra St. Sawickiego o nagromadzeniu wielkiej ilości obowiązków na barki lekarzy okręgowych, znalazła swą odpowiedź; niech mi jednak pozwoli Szanowna Redakcya przeprowadzić raz jeszcze czytelników Szanownego pisma przez ten długi szereg obowiązków i zadań lekarzy okręgowych, a może wędrówkę tę wynagrodzi wynalezienie rzeczy, wprawdzie nie nowej i już podniesionej, lecz według mego zdania nie w właściwem przedstawionej świetle. Oto wśród tego zbioru obowiązków lśni prawdziwy brylant, którego blask opromienia całą instytucyę, czyniąc z niej jasną posłanniczkę miłości bliźniego i poświęcenia. Tym brylantem jest obowiązek spieszenia chorym ubogim z pomocą i radą; tym jasnym promieniem, otaczającym instytucyę lekarzy okręgowych, aureolą kapłańswa i apostolstwa, to misya ich spieszenia wśród te ciemne i biedne zastępy z ojcowskiem słowem pociechy i rady. Temu czarnemu od pracy i wiecznie zmęczonemu ciału, potrzeba w chorobie pomocy; więc gdy pieniędzy na sprowadzenie „w mieście“ mieszkającego pana doktora niema, gdy środki domowe, udzielone przez księdza proboszcza nie pomogły, cóż mu pozostaje, jak nie jakaś pomoc nadprzyrodzona, zwłaszcza gdy ta i jego pojęciom i, co ważniejsza, jego kieszeni najwięcej odpowiada? I oto w jaki sposób tworzą się warunki bytu znachorów i wróżbitów. Lecz gdy do tego niedowierzającego, podejrzliwego a chorego kmiecia zbliży się lekarz z dobrem słowem, gdy usunięciem chociaż jednej dolegliwości pozyska jego zaufanie, a do tego osiągnie jeszcze i wynik pomyślny leczenia, wówczas nic nie zdoła zachwiać wiary, jakiej nabierze chory ten do lekarza.

Dr. Ferensiewicz podniósł brak zrozumienia potrzeby poprawy stosunków sanitarnych u większej części naszego społeczeństwa, a zwłaszcza u naszego ludu. Tak — to prawda — lecz czegoż można wymagać od tego ciemnego ludu, gdy nasza „inteligencya“ lekceważy kardynalne zasady higieny?

Na wszystko zawsze znachodzi się dosyć pieniędzy, tak w Radzie państwa, jak w Sejmie i Radach powiatowych, niema ich tylko na to, co stanowi podstawę szczęścia społeczeństwa i jednostek, niema ich na poprawienie warunków zdrowotnych. Ufajmy, że instytucya lekarzy okręgowych spełni nadzieje, położone w niej przez kraj i ludzi, którzy ją stworzyli; ufajmy, że lekarze okręgowi nie będą zapatrywać się na swoje posady, jako na „premie za osiedlenie się w powiecie“, lecz że staną się w tych odległych i zapadłych kątach prawdziwymi pionierami postępu i wiedzy; ufajmy, że z dotarciem jasnych promieni oświaty pod słomiane strzechy, do tych nizkich i kurnych chat, zrodzą się w sercach ich mieszkańców zaufanie i wdzięczność do ludzi, którzy postawili sobie za zadanie nieść pomoc moralną i fizyczną najbiedniejszym i najbardziej zaniedbanym warstwom społeczeństwa. Jakkolwiek byłoby rzeczą zbędną dowodzić każdemu uczciwemu człowiekowi, iż obowiązek jest rzeczą świętą, a jego spełnianie tylko naturalnym wynikiem przyjęcia go na siebie, to jednak o ileż więcej godnem uznania drugich, a droższem dla siebie samego staje się to spełnianie, gdy je opromienia aureola szczytnej idei, w której blasku i cieple często topnieją widoki korzyści osobistych, by ustąpić miejsca celom i zadaniom wyższym i świętym. Więc jakkolwiek, wskutek często niezrozumiałej niechęci naszych władz, przeprowadzanie ustaw sanitarno-policyjnych, przez lekarzy okręgowych, napotyka na wielkie przeszkody i wydatności ich na tem polu wcale zaznaczyć nie można, mimo to instytucya lekarzy okręgowych nie traci nic na swej wartości, ani użyteczności dla kraju, dziś może jeszcze niewidocznej dla wszystkich, przypatrujących się z daleka. Że jednak chęci lekarzy okręg. i w kierunku pracowania nad podniesieniem stosunków zdrowotnych nie są małe, czemu zresztą nawet Pan Dr. St. Sawicki nie przeczy, to ja z czystem sumieniem stwierdzić mogę. Z jaką jednak odpowiedzią spotykają się te dobre chęci, niech mi wolno będzie uzmysłowić jednym małym, lecz wiele mówiącym, przykładem. Oto w celu przedstawienia braków sanitarnych w pojedyńczych gminach swego okręgu, spostrzeżonych podczas obowiązkowego ich objazdu, wypracował pewien lekarz okręgowy sprawozdania w ten sposób, iż w jednym z nich omawiał braki sanitarne w gminie *A*, mówiąc o potrzebie zastósowania przepisów higieny w szkole, o zamknięciu przepełnionego cmentarza, o nieporządkach w karczmach i t. p.; w sprawozdaniu drugiem mówił o podobnych usterkach sanitarnych w gminie *B* i t. d. Po pewnym czasie starostwo zwróciło mu pojedyncze te sprawozdania z uwagą, iż na każdą sprawę w gminie *A* i *B* itd.

potrzeba przedłożyć osobny referat, gdyż to, co zrobił lekarz okręgowy, jest kumulowaniem spraw. Stosując się do tej zasady, trzeba pisać o gminie *A* kilka referatów, z których jeden omawia sprawę walącego się pieca w szkole, drugi, osobny — sprawę nieczystych naczyń, używanych w karczmach i t. p.; tak samo o gminie *B*, *C* i t. d. Nie wiem jak się nazywa takie załatwianie wniosków, zdążających do poprawy stosunków zdrowotnych w gminach; ale w każdym razie nie można tego nazwać ułatwianiem zadania lekarzy okręgowych w tym kierunku. Nie dość na tem, po sporządzeniu wszystkich referatów może lekarz okręg. przy najbliższym objeździe gmin sprawdzić, iż ani jednego jego wniosku nie uwzględniono. Takie postępowanie władz nie może chyba zachęcać lekarzy okręg. do pracy nad poprawą stosunków sanitarnych, ani też nie może im przyczynić treści do przedstawienia w sprawozdaniu rocznem, wymaganem przez Wydział krajowy, jakie ulepszenia w ciągu roku przeprowadzono w gminach na wniosek lekarza okręgowego.

Kończąc tych kilka uwag o instytucyi lekarzy okręgowych, niech mi wolno będzie wyrazić nadzieję, że wniosek posła Dra Jaklińskiego, omawiający potrzebę zakładania mniejszych szpitali w kraju, spotka się z należytem poparciem i właściwą oceną w Wysokim Sejmie i w tym duchu zostanie zrozumiany i wykonany, iż założenie tych szpitali nastąpi w miejscach siedzib lekarzy okręgowych, którzy — jak to już WP. radca Dr. Merunowicz zaznaczył — wówczas dopiero istotne społeczeństwu oddadzą usługi.

Dr. Tadeusz Zieliński,
lekarz okręgowy.

Otrzymaliśmy od kol. Ciechanowskiego z Paryża list następujący:

Sekcya prasowa na zjeździe poznańskim.

Jedna kilkogodzinna tylko narada przedstawicieli wszystkich naszych zawodowych czasopism dałaby się przy sposobności tegorocznego Zjazdu w Poznaniu z łatwością zarządzić, a nie byłaby może bez korzyści zarówno dla naszego piśmiennictwa, jak i dla ogółu czytających. Jedną z najważniejszych spraw, któreby omówić należało, jest sprawa błędów językowych, mnożących się z dnia na dzień. Wartoby więc może zgodzić się przedewszystkiem na to, aby prawidłem w słownictwie zawodowem stało się najbliższe wydanie „Słownika lekarskiego“, przygotowywane w Krakowie, aby nikt od wyrazownictwa, tam pomieszczonego, uchylać się nie miał prawa, a wszystkie prace przed ogłoszeniem poprawiano odpowiednio, według „Słownika“. Oprócz tego jednak należałoby się porozumieć co do zasad, według których należy poprawiać błędy składni i budowy okresów, ponieważ zdarzają się obecnie, i to coraz częściej, usterki, sprzeczne z duchem języka, którym zapobiedz mogłoby tylko jednolite i stanowcze postępowanie kierowników naszych czasopism. Ustanowienie ogólnie obowiązujących praw w tym względzie uchroniłoby czasopisma nasze od zarzutu dowolności w prostowaniu błędów językowych, a nie byłoby trudne na zasadzie ogłoszonej przed kilkunastu laty rozprawy bł. p. prof. Oettingera.

Spory naukowe, toczące się niekiedy w naszej prasie między dwoma lub kilkoma piszącymi, nie zawsze są ściśle przedmiotowe, a czasem przybierają ze szkodą czasopism i czytelników zbyt wielkie rozmiary. Wobec tego nasuwa się myśl, czyby czasopisma nasze nie mogły, na podstawie wspólnych narad, zakreślić sporom tym raz na zawsze pewne stałe granice; trzebaby tylko zobowiązać się, że zaczepiony ma ostatnie słowo, i że jakichkolwiek zarzutów osobistych, w tego rodzaju pracach, cierpieć się nie będzie.

Rzeczą dość ważną prawdopodobnie byłoby nawiązanie ściślejszych stosunków między czasopismami. Zmierzać do tego możnaby kilku drogami. Naprzód zapomocą zmieniania się współpracowników; o ile spostrzec można, koło każdego czasopisma gromadzi się garść piszących, nie sprzeciwiająca się prawie nigdy sztandarowi, pod którym się skupiła. O ile dla czasopisma początkującego konieczną jest rzeczą zapewnić sobie stałe poparcie pewnej liczby piszących, o tyle dzisiaj, gdy wszystkie nasze pisma liczą po kilkanaście lat istnienia i podstawę tę oddawna zyskały, byłoby może dobrze stworzyć żywszą, niż dotąd wymianę prac. W ten sposób zyskaćby mogły w jednych czasopismach te działy, które dotychczas słabo się rozwinęły; w innych czasopismach zaś, które we wszystkich gałęziach nauki naszej mają zapewnione stałe poparcie, mogłyby myśli, wyniesione z innej szkoły, podziałać nieraz ożywczo i płodnie.

Z drugiej strony zdaje się pożądaną wymiana wiadomości o stosunkach lekarskich i ruchu zawodowym w różnych częściach naszych ziem. Od niedawna pomieszczają niektóre nasze pisma listy z różnych stron, odźwierciedlające mniej lub więcej wszystkie strony naszej działalności; możeby było nie od rzeczy zwyczaj ten rozpowszechnić i w ruch ten wciągnąć całą naszą prasę i wszystkie kąty kraju.

Wreszcie nie bez znaczenia byłoby może pomyśleć o stworzeniu zbiorowych sprawozdań ze zjazdów zawodowych za granicą, nakształt tych, które, w jednakowem brzmieniu, pomieszcza w większości czasopism niemieckich t. zw. „Freie Vereinigung der deutschen Fachpresse“. W ten sposób miałyby wszystkie nasze czasopisma sprawozdania dokładne, kreślone w każdym dziale ręką zawodową, piórem znawcy, a co może najważniejsza, sprawozdania bezpośrednie, z pierwszej ręki. Obecnie bowiem nie zawsze da się to wykonać, a w wielu razach przeszkadza temu zbyt wielki koszt wysłania zawodowego sprawozdawcy, na który jednemu pismu trudno się zdobyć, a który możnaby łatwiej ponieść wspólnemi siłami.

Te sprawy, mogące zbliżyć nas wzajemnie, wymagają jednak koniecznie wspólnych narad i zgodnych postanowień.

Nieulega wątpliwości, że pisma lekarskie polskie liczą stosunkowo za mało czytelników. Pochodzi to prawdopodobnie stąd, że ci lekarze, których stać na jedno tylko czasopismo, przenoszą wydawnictwa niemieckie lub francuskie, bądź co bądź, tańsze i z pewnością nie gorsze. Wartoby więc może zastanowić się nad tem, czyby nie można skuteczniej, niż dotąd, walczyć z czasopismami zagranicznemi, o ile zabierają nam one część czytelników, zmuszonych ograniczyć się. do jednego tylko pisma. Ze wspólnych narad łatwiej wyłonić się mogą jakieś wskazówki postępowania, a wspólnemi siłami więcej zdziałać będzie można, niż idąc samopas.

Ważniejszem jednak jeszcze, zdaje się, jest postarać się o to, aby wspólnemi siłami, systematycznem nawoływaniem i wytrwałem przypominaniem, wyrobić stałe poparcie dla wychodzących u nas miesięczników i kwartalników. Znaczą one u nas tyle, co za granicą poważne „Archiwy“; tamte jednakże liczą tysiące przedpłacicieli, gdy nasze wymagają znacznych ofiar pieniężnych ze strony wydających je kolegów lub towarzystw. Należałoby więc może zmierzać do zmiany tych, niezbyt dla nas pochlebnych, stosunków.

W ostatnich czasach pojawiać się u nas zaczynają nowe czasopisma, a prócz tego zapowiadają się jeszcze inne. Wobec tego, że sił roboczych u nas nie ma wiele i że je raczej skupiać, niż rozpraszać by należało, godzi się zastanowić, czyby nie powiodło się nakreślić w ogólnym zarysie drogi, jakaby dla zdrowego rozwoju naszej prasy była właściwą. Być może, że, za pomocą szczerych koleżeńskich narad, udałoby się zapobiedz powstawaniu takich czasopism, którym nie można rokować długiego bytu, lecz których samo stworzenie byłoby zmarnowaniem sił i środków, i naodwrót, ułatwić początek i rozwój tych czasopism, których istotnie potrzeba, lub które siłą rzeczy prędzej, później powstać muszą i powstaną.

Oprócz tych spraw znalazłoby się zapewne wiele innych, może i donioślejszych, a godnych tego, aby je wspólnemi siłami pchnąć naprzód. Narady sekcyi prasowej mogłyby iść raźno i wydać owoce, byle tylko wszystkie sprawy, obrane za przedmiot rozpraw, były naprzód odpowiednio opracowane, a stosowne wnioski z góry przygotowane i byle sekcya skła-

dała się z takiej liczby członków, któraby z jednej strony nie krępowała toku narad, z drugiej przedstawiała dostatecznie wszystkie pisma. Oprócz redaktorów, powinnyby zatem wszystkie grona redakcyjne wybrać z góry po jednym, najwyżej po dwóch wysłannikach, dając im całkowite pełnomocnictwo. Narady byłyby zresztą oczywiście publiczne; jednak pozwalając dobrowolnym słuchaczom nawet przemawiać, trzebaby prawo uchwalania zachować tylko dla wybranych przez grona redakcyjne wysłanników.

Przypuszczam, że pomysł stworzenia „sekcyi prasowej“ na Zjeździe, nawet gdyby się nie przyjął i nie wszedł w życie, nie będzie bez pożytku, jeżeli zdoła wywołać jakieś rozprawy w naszej prasie.

Paryż w styczniu 1898.

Doc. Ciechanowski.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 10 Lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem uczczono pamięć ś. p. Stanisława Paszkowskiego; przyjęto przez jednomyślne głosowanie do Towarzystwa, w poczet członków czynnych Drów Maleszewskiego i Panka, — członków korespondentów — Dra Włodzimierza Sieminowicza z Chicago

Następnie 1) kol. Dr. Kędzior przedstawił trzech chorych z kliniki chorób wewnętrznych i dał krótki opis tych rzadszych przypadków; 2) Kol. Dr. Krokiewicz wyłożył rzecz: O odczynnikach na barwiki żółciowe w moczu.

* Delegatem Towarz. lekar. krak. na Międzynarodowy Kongres dla higieny i demografii, mający się odbyć w m. kwietniu w Madrycie, wybrany został kol. prof. Bujwid.

* VI. Zjazd c. k. lekarzy powiatowych rozpocznie obrady w s o b o t ę, d n i a 26-go l u t e g o, o godzinie 10 tej przed południem. w lokalu Towarzystwa lekarzy gal. (ulica Blacharska Nr. 18, II p.), a w razie potrzeby obrady odbywać się będą także i w dniu następnym.

Ze strony biura sanitarnego c. k. Namiestnictwa będą wniesione do bliższego omówienia:

1) ustawa o badaniu środków spożywczych;
2) nowa instrukcya dla akuszerek;
3) sprawa drogueryj.

* Prezydyum Towarzystwa lekarskiego krakowskiego otrzymało od c. k. Namiestnictwa następującą odezwę:

„Dziewiąty, międzynarodowy kongres dla higieny i demografii odbędzie się pod patronatem Króla hiszpańskiego i Królowej Rejentki w Madrycie, w czasie od 10 do 17 kwietnia b. roku.

Program i statuta tego kongresu, oraz z nim połączonej wystawy, zostały umieszczone w pierwszym numerze dziesiątego rocznika czasopisma: „Das österreichische Sanitätswesen“.

Królewsko-hiszpański Ambasador w imieniu swego Rządu zaprosił do oficyalnego wzięcia udziału w tym kongresie, o czem c. i k. Ministerstwo spraw zewnętrznych, odezwą z 20 listopada 1897, L. 53917 zawiadomiło c. k. Ministerstwo spraw wewnętrznych.

Wskutek reskryptu c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 14 stycznia 1898 roku, L. 37848 c. k. Namiestnictwo zawiadamia uprzejmie Szanowne Towarzystwo lekarskie krakowskie o tem, a wskazując na ważne cele i zadania takich kongresów, zaprasza do wysłania delegatów, względnie uczestników kongresu.

Nazwiska ewentualnie zamianowanych delegatów, względnie uczestników kongresu, zechce Szanowne Towarzystwo oznajmić c. k. Namiestnictwu w c z a s i e d o 15-go l u t e g o b. r., a to w celu podania ich do wiadomości w drodze właściwej Wys. c. i k. Ministerstwu spraw zewnętrznych.

Lwów dnia 27 stycznia 1898.

Sanguszko m. p.

Dolina. Sekcya stryjska Towarzystwa lekar. galic. odbyła w dniu 30 stycznia w Stryjskim szpitalu powszechnym posiedzenie, na którem kol. S t a h l b e r g e r okazał kilka ciekawych przypadków z zakresu chirurgii, a między innymi przedstawił dziewczynę kilkunastoletnią, cierpiącą od 2-ch lat na ropotok opłucnowy, u której zastosowano metodę torakoplastyczną Estlandera. Po zwiedzeniu szpitala, przystąpiono do wyborów: prezesem wybrano kol. Dr. Wursta z Kałusza, zastępcą kol. Dr. Stahlbergera ze Stryja, sekretarzem kol. Dr. Borysiewicza z Doliny, delegatem kol. Dr. Serkowskiego ze Stryja.

Po przyjęciu sprawozdania delegata, kol. Dr. Serkowskiego, z obrad Walnego Zgromadzenia, wywiązała się obszerniejsza dyskusya nad zdrojowiskiem Morszyńskiem. Uchwalono nadto odbywać częściej posiedzenia sekcyjne i to w różnych miejscowościach.

Dr. Borysiewicz,
sekretarz.

* Redakcya „Przeglądu chirurgicznego“ w Warszawie hojnym darem uzupełniła roczniki swego czasopisma, znajdujące się w Bibliotece Towarzystwa lek. krak. Za dar ten składam przeto Szanownej Redakcyi „Przeglądu chirurgicznego“ najserdeczniejsze podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* »*Wiener med. Woch.*« podaje następujące zestawienie, dowodzące zmniejszania się liczby słuchaczów na Wydziałach lekarskich Wszechnic austryackich:

	R. 1888	R. 1897
Wiedeń	2703	1527
Gradec	519	482
Insbruk	229	236
Praga: czeski Wydział lekarski	1008	586
» niemiecki Wydz. lekar.	594	314
Kraków	446	264
Razem	5499	3410

* W. Sejm nadał *veniam aetatis* prowizorycznym prymaryuszom szpitalnym: Dr. Sokołowskiemu Janowi w Zaleszczykach i Głaczyńskiemu Władysławowi w Kołomyi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiellońskim otrzymał Alfred Fried.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Wiktor Kramarkiewicz, Radca zdrowia, nestor lekarzy poznańskich, zmarł w 82 r. życia.

Dr. Ludwik Schmidt zmarł w Warszawie, mając lat 77.

W Paryżu zakończył życie znakomity chirurg, prof. Juliusz Pean, urodzony w roku 1830.

Dr. Jan Erlich, wychowaniec warszawskiej Szkoły Głównej zmarł w Odesie, w wieku lat 54.

Dr. Konstanty Szwykowski, lat 69, zmarł w Bienicy, w powiecie oszmiańskim. Dr. Adam Stolarski w Józefowie nad Wisłą.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Zdrowiu“ (Nr. 149): Dr. P o l a k a J.: O ulepszeniu statystyki śmiertelności. Dr. B u s z k a J.: Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za rok 1896. Dr. P o l a k a J.: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych (c. d.). Higiena zecerów, drukarzy, preserów i lejarzy czcionek. W »Krytyce Lekarskiej« (Nr. 2); K r a m s z t y k a Z.: Fakt kliniczny. Dr. P e s z k o J.: Wojciech Oczko jako chirurg. W „Medycynie“ (Nr. 6): L e s z c z y ń s k i e g o L.: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych? W „Gazecie Lekarskiej“ (Nr. 6): Dr. S z a d k a K.: Patogeneza łuszczycy. M ę c z k o w s k i e g o W.: Kilka uwag o obecnym stanie nauki o tężcu, z powodu przypadku tej choroby, leczonego surowicą (ciąg dalszy).

Redakcya otrzymała:

— Dr. K o e h l e r K. Przyczynek do historyi trądu w W. ks. Poznańskiem.

— T e n ż e: Zur Geschichte des Aussatzes in der Provinz Posen. Poznań, 1897.

— M i s i e w i c z M: Der heutige wissenschaftliche Standpunkt der Lehre vom Harnblasenkatarrh. Wiedeń, 1897.

— Dr. G a l a n t J.: Jak długo człowiek żyć powinien? Sanok, 1897.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 19 Lutego 1898. Nr. 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

Jeżeli postępowanie podczas operacyi chcemy nazwać bezgnilnem, w ścisłem słowa znaczeniu, koniecznem jest, aby wszystkie czynniki, wchodzące w grę wśród zabiegu operacyjnego, były w stanie bezgnilnym. Do tych czynników należą: pole operacyjne, tkanki, w których zabiegu dokonujemy, narzędzia, przybory, opatrunki, ręce operatora i asystentów. Wśród wielu operacyj chirurgicznych warunki układają się tak, że wszystkie te czynniki istotnie mogą być w stanie możliwie bezgnilnym, a to się zdarza, gdy operujemy na powierzchni ciała ludzkiego i w tkaninach niezakażonych. Jeżeli zaś operacya ma miejsce w tkankach zakażonych, niemożemy już mówić o begnilnie dokonanym zabiegu operacyjnym; tak samo rzecz się ma, jeżeli musimy operować w głębi jam ciała ludzkiego, jak n. p. w jamie ustnej, w tchawicy, pochwie, odbytnicy itd.

W położnictwie i ginekologii, jak do dziś, możemy operować ściśle aseptycznie wówczas, gdy do narządu płciowego dochodzimy sztuczną drogą, utorowaną przez powłoki brzuszne; ilekroć jednak mamy operować od strony pochwy nie jesteśmy w stanie w zupełności tym wymaganiom zadość uczynić.

Dotychczasowe badania wykazały, że w pochwie od pierwszych dni niemowlęctwa do końca życia, znachodzić się mogą i znachodzą różne drobnoustroje, a między nimi i chorobotwórcze i że dotychczas zna .e sposoby nie są dostateczne do wyjałowienia pochwy.

Na zewnętrznych częściach sromowych znachodzi się również mnóstwo drobnoustrojów, a z chorobotwórczych nie mal zawsze *bacterium coli commune*. Zewnętrzne części sromowe możemy dokładnie ogolić, należycie wyjałowić i chwilowo stan bezgnilny tam uzyskać; ale najczęściej nienadługo, gdyż lada chwila mogą być zanieczyszczone wśród zabiegu operacyjnego, czy to z pochwy, czy z pęcherza moczowego lub odbytnicy.

Doświadczenie dotychczasowe poucza, że w warunkach fizyologicznych, przy użyciu dotychczasowych sposobów wyjaławiania zewnętrznych części sromowych i pochwy, uzyskujemy stan do bezgnilnego zbliżony i mamy wyniki operacyjne stosunkowo bardzo dobre. Inaczej ma się rzecz tam, gdzie rozchodzi się o istniejące w pochwie stany patologiczne i rozwijające się obok nich drobnoustroje chorobotwórcze; zwykłe sposoby wyjaławiania są tu niedostateczne, a wyniki operacyjne nie są tak dobre. Okoliczność ta dała pochop do poszukiwań, dążących do tego, aby wśród zabiegów, dokonywanych na wewnętrznych częściach rodnych, ominąć części kanału rodnego, położone poniżej pola operacyjnego.

W tym celu, gdy mamy operować w pochwie, osłaniamy o ile to możebne zewnętrzne części sromowe kompresami wyjałowionymi. Jeżeli zaś operacyi dokonać mamy na macicy, lub w jamie macicznej, staramy się ominąć pochwę jużto zapomocą należytego rozwarcia jej wziernikami, już też spychamy lub ściągamy macicę na dół, aż do szpary sromowej, aby tym sposobem zetknięcia się z pochwą uniknąć. Aczkolwiek sposoby te przedstawiają znakomity postęp na drodze do osiągnięcia postępowania bezgnilnego wśród operacyj położniczych i ginekologicznych, to zawsze musimy wyznać, że są one niedostateczne. Kompresy, ułożone na zewnętrznych częściach sromowych, zesuwają się łatwo; wzierniki założone do pochwy osłaniają ją tylko częściowo, a zepchnięcie lub ściągnięcie macicy ku dołowi rzadko tylko tak się udaje, aby ujście zewnętrzne równo ze szparą sromową było ułożone, a tem samem by wśród operacyi srom i wnijście pochwowe mogły być ominięte. Nadmienić mi tu wypada, że sposoby te łatwo dają się zastosować w szpitalu przy dostatecznej asystencyi, w praktyce jednak prywatnej, jak to każdemu praktykującemu położnikowi wiadomo, napotyka się na bardzo znaczne trudności, jużto pod wpływem nagłości przypadku, już też z braku potrzebnych przyborów i dostatecznej asystencyi.

Od dłuższego już czasu zajmujemy się tą sprawą w kierowanym przeze mnie położniczo-ginekologicznym oddziale; pracę w tym kierunku rozpoczął Dr. Kośmiński, który ogłosił w „Przeglądzie lekarskim" (z r. 1897 Nr. 26 i 27) i w „Centrallblat für Gyn." (1897 Nr. 29) swój sposób postępowania w niektórych operacyach położniczych. Kośmiński wprowadził w życie myśl już wypowiadaną, że operacye położnicze należałoby, że tak powiem, wykonywać więcej po chirurgicznemu, o ile możności pod kontrolą wzroku. Sposoby te są cennym nabytkiem w położnictwie operacyjnem; operujemy tylko tymi sposobami i jesteśmy zupełnie z nich zadowoleni. Praca Kośmińskiego dała pobudkę Burckhardtowi, który również w „Centrallblat für Gyn." (1897 Nr. 45) ogłosił rozprawę, w której doradza, aby, w celu zapobieżenia zetknięciu się ze ścianami pochwy, w razie gdy mamy wprowadzić rękę do kanału rodnego, rozewrzeć pochwę bardzo szerokimi, umyślnie na ten cel zbudowanymi wziernikami liściowymi. O ile sposób ten jest praktyczny, doświadczenie pouczy; mnie się jednakowoż wydaje, że tylko teoretycznie się dobrze przedstawia, albowiem wątpię, aby w każdym przypadku można było wprowadzać rękę między niepodatnymi, posiadającymi różne wygięcia, metalowymi wziernikami. Wzierniki takie muszą krępować ruchy posuwającej się w górę ręki,

albo wywierać nadmierny ucisk na części rodne kobiece. Najłatwiej dałoby się, sądzę, to postępowanie zastósować w przypadkach porodowych, w okresie wydalania łożyska, w celu ręcznego wydobycia części dodatkowych. Bądź jak bądź, sposób ten niemoże być dostatecznym, albowiem nie osłoni zupełnie pochwy, aby zetknięcie się ręki z jej ścianami mogło być wykluczone.

(Dokończenie nastąpi).

II. Ze szpitala powszechnego w Nowym Sączu.

Przyczynek do kazuistyki torbieli skórzastych języka.

Podał

Dr. Maurycy Ameisen.

Umiejscowienie torbiela skórzastego w języku jest rzeczą rzadką i niewiele tylko przypadków znachodzimy w literaturze. Odróżnić przytem należy torbiele skórzaste, wychodzące z samego języka, od torbieli okolicy podjęzykowej, które są nieco częstsze. Kilka przypadków torbieli skórzastych języka opisał M. Géhe; były to małe torbiele, umiejscowione w linii środkowej języka. Torbiele skórzaste okolicy podjęzykowej opisali Bryk, Bauer, Linhart, Güterbock, König i inni. W jednym przypadku Bryka był to torbiel wielkości pięści, wypełniający jamę ust i tworzący narośl na szyi, w okolicy podjęzykowej. W ostatnich czasach spostrzegałem przypadek bardzo podobny co do wielkości i umiejscowienia do poprzednio wspomnianego przypadku Bryka, lecz różniący się tem, że wychodził on z podstawy języka, a ponieważ przypadki takie nie są częste, sądzę, że zasługuje na opisanie go w krótkości.

Dnia 6 listopada b. r. zgłosił się do szpitala 62 lat liczący wyrobnik, Błażej Marszałek, podając, że od 5 lat zauważył pod językiem i na szyi obrzmienie, które w ostatnich czasach do tego stopnia się powiększyło, że obecnie utrudnia mu w znacznym stopniu mowę i połykanie. Badanie bliższe wykazuje: Pod językiem, który jest tak obrzękły, że wypełnia całą jamę ustną, czuć obrzęk chełbocący, stojący w związku z guzem wielkości dużego jabłka, znachodzącym się w okolicy podszczękowej, wykazującym również wyraźne chełbotanie. Guz ten jest ściśle odgraniczony, ruchomy, nie przeświecający, skóra na nim przesuwalna. Uciskając język ku dołowi palcami do ust włożonymi, zwiększa się pojemność i napięcie guza na szyi. Mowa niewyraźna, gardłowa, połykanie upośledzone tak, że tylko płyny z trudnością przechodzą, a oddech utrudniony, charczący. Nakłócie strzykawką Pravatza wykazało treść kaszakowatą; rozpoznanie torbiela skórzastego nie ulegało zatem wątpliwości, a operacya, na drugi dzień wykonana, potwierdziła je.

Cięciem podkowiastem (Regnioli — Czerny — Billroth), równolegle do brzegu żuchwy biegnącem, odsłonięto guz na szyi, odsunięto i przecięto tymczasowo mięśnie szyi na przedniej powierzchni guza leżące i wyłuszczono go bez trudności aż do podstawy. Przy wyłuszczaniu okazało się, że torbiel wychodził z podstawy języka niedaleko od otworu ślepego (foramen coecum), a oddzielenie go od języka w tem miejscu było nader trudne. Język, skutkiem ucisku, był zanikowo ścieńczony. Następnie zeszyto mięśnie przecięte i skórę i założono sączek z gazy jodoformowej, gdyż przy oddzielaniu pękła torebka na małej przestrzeni i nieco treści kaszakowatej wylało się do rany.

Wyłuszczony torbiel był wielkości dużego jabłka, w torebce dosyć grubej, gładkiej i zawierał około 250 grm. treści kaszakowatej.

Przebieg pooperacyjny był całkiem prawidłowy, tak, że po 2 tygodniach chory wyleczony opuścił szpital, przyczem stwierdzono znaczną poprawę mowy i możność połykania pokarmów stałych.

III. Z kliniki ginekologiczno-położniczej Uniw. Jagiellońskiego prof. Dra Jordana.

O pierwotnym rozwoju raka wśród włókniakomięśniaków i o związku jaki zachodzi pomiędzy włókniakami a rakiem macicy.

Napisał

Dr. Ludwik Świtalski,

I. asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Wracając teraz do naszego przypadku, należy przypuścić, że pod wpływem rozwijającego się włókniaka, przybłonek walcowaty, wyścielający pokrywającą go błonę śluzową, zamienił się na płaski, a ten dalej rozrósł się w nowotwór, który bez przeszkód rozwijał się od powierzchni guza.

Gdyby była inna przyczyna tej przemiany przybłonka, to i na błonie śluzowej, tak szyjki jak i trzonu macicy, musielibyśmy spotkać przybłonek płaski; badanie zaś drobnowidowe wykazało wszędzie przybłonek walcowaty, dobrze utrzymany. Widzimy więc, że może nastąpić wśród włókniaka pierwotny rozwój raka z błony śluzowej, pokrywającej włókniak. Że się to tak rzadko dzieje, tłómaczyłbym tem, że przy tej postaci włókniaków, w przeważnej części przypadków, błona śluzowa, pokrywająca je, ulega znacznemu zanikowi, a właśnie przerost błony śluzowej, zwłaszcza jej części gruczołowej, jak to poniżej zobaczymy, ma stwarzać korzystne warunki dla rozwoju raka.

Wiadomo, że włókniakomięśniaki, rozwijając się w macicy, nie pozostają dla tego narządu obojętnymi, ale w przeważnej liczbie przypadków, wskutek ciągłego drażnienia i przez to podtrzymywanego przekrwienia, sprowadzają przerost macicy, a nierzadko i zmiany na błonie śluzowej, które mogą stać się przyczyną krwawień, jakie włókniakom tak często towarzyszą. Jako dowód drażnienia, wywoływanego przez włókniaki w macicy, podają Schröder, Ruge i Veit często znaczne opóźnienie lat przejściowych (climacterium) u osób, dotkniętych włókniakami.

Ponieważ zaś ciągłe drażnienie tkanek, w pewnych warunkach, ma usposabiać do rozwoju raka, więc zadawano sobie pytanie, czy włókniaki mogą się przyczynić do stworzenia odpowiedniego gruntu dla rozwoju raka, czy wogóle w przypadkach, w których włókniaki i rak występują równocześnie w macicy, można się dopatrzyć związku pomiędzy tymi nowotworami?

Włókniaki rozwijają się najczęściej w trzonie macicy, przeciwnie zaś rak w szyjce macicy i to w jej części pochwowej. Taka kombinacya nie rzadko się zdarza i prawie wszyscy autorowie twierdzą, że w tych razach nowotwory te występują niezależnie od siebie. Bardzo często bowiem przy włóknikach trzonu macicznego niema objawów draż-

nienia szyjki, której tak miąższ jak i błona śluzowa mogą zachowywać się prawidłowo. Ponieważ zaś rak trzonu macicznego występuje wogóle rzadko, więc mimowoli nasuwa się pytanie, czy w przypadkach, w których nowotwór ten występuje razem z włókniakami, te ostatnie nie przyczyniły się do jego rozwoju?

Aby na to pytanie odpowiedzieć, musimy przedewszystkiem uwzględnić statystykę, t. j., czy zdarza się to tak często, że o jakimś związku przyczynowym trzeba wogóle w tych razach myśleć.

Rozumie się, że w statystyce należy uwzględnić tylko takie przypadki, które były dokładnie spostrzegane, w których zostały przeprowadzone badania drobnowidowe, a więc pochodzące dopiero z ostatnich dziesiątków lat. Z dostępnej mi literatury mogłem zebrać następujące przypadki:

Boetticher opisał przypadek z kliniki Schrödera, w którym, u kobiety 47-letniej, znajdowały się włókniaki śródmiąższowe i podsurowicze, a w błonie śluzowej był rak gruczołowy. Wahrendorff ogłosił dwa przypadki: 1) u chorej 60 lat liczącej były liczne małe włókniaki śródmiąższowe, częściowo zwapniałe; na błonie śluzowej rak; 2) u chorej 62-letniej, w macicy powiększonej do wielkości głowy ludzkiej, znajdowały się liczne włókniaki podsurowicze i śródmiąższowe, a na błonie śluzowej rak gruczołowy. W przypadku ogłoszonym przez Wagnera z kliniki prywatnej Veita, znajdował się rak (adenocarcinoma), u kobiety 54-letniej, w macicy, obok włókniaków podśluzowych i śródmiąższowych.

W klinice w Bonn spostrzegano cztery przypadki opisane przez Schoenholza: 1) u chorej 58-letniej był włókniak śródmiąższowy i rak trzonu; 2) u chorej 48 letniej stwierdzono w tylnej ścianie macicy włókniak podsurowiczy, a na błonie śluzowej trzonu rak; 3) u chorej 60-letniej były włókniaki podśluzowe i rak gruczołowy; 4) u chorej 55-letniej włókniak śródmiąższowy w ścianie przedniej, liczne włókniaki podsurowicze w ścianie tylnej macicy, a na błonie śluzowej rak. Rademacher podał przypadek z kliniki w Gryfii, gdzie u kobiety 43-letniej znajdowały się włókniaki śródmiąższowe i rak macicy. Löhlein znalazł trzy razy raka trzonu macicznego razem z włókniakami. Röhrig[19]) na 570 przypadków spostrzegał 24 razy następowy rozwój raka wśród włókniaków. Na 205 chorych z włókniakami macicy stwierdził Martin dziewięć razy raka trzonu macicznego.

Semb[20]) znalazł u kobiety, lat 50 liczącej, włókniak śródmiąższowy, a na błonie śluzowej rozpoczynającego się raka; Schatz[21]) opisał włókniako-gruczolaka torbielowatego trzonu macicznego; tłómaczy jednak ten przypadek w ten sposób, że najpierw przyszło do wytworzenia się gruczolaka torbielowatego w błonie śluzowej, który w następstwie dopiero, wskutek drażnienia, wywołał rozwój włókniaków wśród tylnej ściany. Uter[22]) ogłosił dwa przypadki gruczolaka rozlanego błony śluzowej przy włókniakach macicy. W obu przypadkach wykonano odcięcie macicy nadpochwowe i w obu przypadkach wystąpił nawrót, w jednym w pół roku, w drugim po 3 latach.

W przeszłym roku szkolnym obserwowaliśmy przypadek, również do tej gromady należący:

Pacyentka, mająca lat 51, rodziła raz przed 33-ma laty prawidłowo. Miesiączkowała również prawidłowo. Od czterech lat miewa nieokresowe krwawienia, w ostatnim roku bardzo obfite, a w ostatnich miesiącach obok tego cuchnące upławy i silne bóle w krzyżach. Badanie wykazało u osoby bardzo wyniszczonej i w wysokim stopniu niedokrewnej, macicę powiększoną przez włókniak, usadowiony w tylnej ścianie tak, że górna granica macicy występuje na szerokość trzech palców ponad spojenie kk. łonowych. Część pochwowa niżej ustawiona, bliżej spojenia łonowego, spłaszczona, zbitsza, ujście zewnętrzne poprzeczne, brzegi jego nie zupełnie gładkie. Szyja maciczna drożna dla palca, który daje się przeprowadzić ponad ujście wewnętrzne do jamy macicznej, która jest obszerna, a błona śluzowa, tak trzonu jak i szyi, nierówna. Z jamy macicznej sączy się brudna, cuchnąca wydzielina. Dnia 9/I 1897 dokonano wycięcia macicy sposobem Freunda. Pomimo że zabieg operacyjny nie przedstawiał wielkich trudności, chora zmarła wśród objawów zapadu w 5 dni po operacyi.

Sekcya, prócz niedokrewności i stłuszczenia serca, nie wykazała żadnych innych zmian.

Po wyjęciu macica okazała się znacznie powiększona; mieści ona w tylnej ścianie włókniak śródmiąższowy wielkości dwóch pięści. Na przekroju ściany maciczne znacznie zgrubiałe (do 3 ctm.); jama maciczna obszerna, błona śluzowa, tak trzonu jak szyi, nierówna, bardzo znacznie zgrubiała, bo do 0·5 ctm. (fig. 4). W dnie macicy i w szyi, na błonie śluzowej znajdują się strzępy nekrotyczne (fig. 4 a i b), brudno-szaro-zielone, mocno cuchnące.



(Rys. 4).

Badanie drobnowidowe wykazało, że błona śluzowa w całości zajęta jest przez raka gruczołowego (adenocarcinoma), który rozprzestrzenia się również w powierzchownej warstwie mięśnia macicznego. Sam włókniak, oddzielony od błony śluzowej warstwą miąższu około 4 mm. grubą, był wolny od raka. W tym przypadku rak gruczołowy rozwinął się z gruczolaka, za czem przemawia to, że ogniska rakowe nie wszędzie się znajdują, a nowotwór okazuje przeważnie budowę gruczolaka złośliwego (adenoma malignum).

Jeżeli do tych przypadków dołączymy jeszcze pięć powyżej wymienionych, gdzie rak, wychodzący z błony śluzowej, rozwijał się w dalszym ciągu pierwotnie we włókniaku, to widzimy, że liczba przypadków, w których obok włókniaków macicznych, rozwija się równocześnie rak, jest wcale pokaźną tak, że pytanie powyżej postawione jest zupełnie uzasadnione.

Zachodzi więc drugie pytanie, jaki związek może zachodzić pomiędzy włókniakami a rakiem?

Jak już wyżej wspomniałem, w przebiegu włókniakomięśniaków często występują zmiany na błonie śluzowej macicy, które mogą być rozmaite.

Wyder[23]), na podstawie swych badań utrzymuje, że zmiany na błonie śluzowej macicy, zajętej włókniakami, zależne są od usadowienia się włókniaków. Przy włókniakach śródmiąższowych występują częściej zmiany w gruczołach, polegające na bujaniu i rozroście, podczas gdy tkanka łączna bierze w tem mały tylko udział; przy włókniakach podślu-

[19]) Cytowany przez Ehrendorffera Archiv. f. Gynäkologie Bd. LXII S. 254.
[20]) Archiv für Gynäkologie Bd. XLIII S. 200.
[21]) Archiv. f. Gynäkologie Bd. XXII S. 456.
[22]) Centr. für Gynäkologie 1891 S. 689.

[23]) Archiv f. Gynäk. Bd. XIII S. 1.

zowych rozrasta się częściej tkanka łączna, podczas gdy gruczoły albo nie ulegają zmianie, albo nawet zanikają. Opisuje przytem przypadek, gdzie w macicy, pochodzącej z kobiety zmarłej z powodu torbiela jajnikowego, znajdowały się liczne włókniaki podsurowicze i śródmiąższowe. Błona śluzowa, przedstawiająca się zresztą prawidłowo, w miejscu, odpowiadającem siedzibie włókniaka śródmiąższowego, była nierówna, kosmata. Badanie drobnowidowe wykazało w tem miejscu bardzo znaczny rozrost gruczołów na koszt tkanki międzygruczołowej, której było bardzo mało.

Inni autorowie (Campé[24]), Schmal[25]), Semb[26]), którzy zajmowali się badaniem zmian w błonie śluzowej w przebiegu włókniaków, podają mniej lub więcej odmienne wyniki; wszyscy jednak godzą się na to, że w przebiegu włókniaków mogą występować zmiany, polegające na rozroście i bujaniu gruczołów. Odmienne zapatrywanie mają Semb i Uter. Według Semba zmiany na błonie śluzowej nie są zależne od włókniaków, ale że jedna i ta sama przyczyna wywołuje równocześnie zmiany w błonie śluzowej i ogólny przerost umięśnienia lub też tworzenie się włókniaków. Uter[27]) zaś twierdzi, że zmiany gruczolakowe w błonie śluzowej macicy wywołują nie tylko, jak dotąd mniemano, przerost mięśnia macicznego, ale mogą prowadzić także do powstawania włókniaków. Popiera to twierdzenie tem, że Cornil częściej znajdował znaczne zapalenie błony śluzowej macicy w przebiegu małych włókniaków, niż dużych. Autorowie ci są jednak odosobnieni w swoich zapatrywaniach, mogących się odnosić do wyjątkowych przypadków.

Przerost i rozrost gruczołów, spotykany w błonie śluzowej macicy, może występować w rozmaitym stopniu i, zależnie od tego, mówimy o zmianie zapalnej gruczołowej (endometritis glandularis), lub gdy przerost i rozrost gruczołów jest bardzo znaczny, o gruczolaku błony śluzowej tak, że pomiędzy jedną a drugą zmianą niema ścisłej granicy. Charakterystyczne, według Rugego, zachowywanie się gruczołów w gruczolaku spotykano (Pinkus[28]) i przy zwykłym rozroście gruczołów (hyperplasia glandularis).

Bardzo jest prawdopodobnem, że, jeżeli przyczyna, wywołująca rozrost i bujanie gruczołów w błonie śluzowej dalej się utrzymuje, może przyjść w pewnych warunkach do rozwoju gruczolaka. Spostrzeżenia zaś pouczają, że gruczolak w dalszym ciągu zamienić się może w raka gruczołowego, jak to już niejednokrotnie stwierdzonem zostało. Breisky uważał gruczolaka za wstępny okres (Vorstadium) raka gruczołowego.

Jeżeli teraz uwzględnimy, że w przebiegu włókniaków mogą wystąpić w błonie śluzowej zmiany, polegające na rozroście i bujaniu gruczołów, to należy przypuścić, że pod wpływem dalej działającego bodźca przychodzi w pewnych przypadkach do wytworzenia się gruczolaka i raka gruczołowego. Tak, że związek, jaki zdaje się najczęściej zachodzić pomiędzy włókniakami a rakiem błony śluzowej, nie jest bezpośredni, ale pośredni, t. j., że włókniaki mogą stworzyć korzystne warunki dla rozwoju raka macicy o tyle, o ile wywołują zmiany w błonie śluzowej macicy.

[24]) Zeitsch. f. Geburts. u. Gynäk. Bd. X S. 356.
[25]) Cytowany przez Semba.
[26]) Archiv. für Gynäk. XLIII S. 200.
[27]) Centr. für Gynäk. 1891 S. 689.
[28]) Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1895 S. 220.

Z zestawionych powyżej przypadków pokazuje się, że rak najczęściej występuje przy włókniakach śródmiąższowych. Toby właśnie przemawiało za powyższem twierdzeniem, gdyż, według badań Wydera, najwięcej zasługujących na uwzględnienie, właśnie przy tej postaci włókniaków przychodzi najczęściej do przerostu i rozrostu gruczołów. Simpson był pierwszym, który utrzymywał, że pomiędzy włókniakami a rozwijającym się rakiem zachodzi pewien związek; dzisiaj, jakkolwiek wielu zapatrywanie to podziela, dużo jest jeszcze przeciwników.

Statystyka jednak i zmiany na błonie śluzowej wśród włókniaków przemawiają za tem, że związek ten istnieje i, przy określaniu wskazań operacyjnych przy włókniakach, powinniśmy się więcej niż dotąd z tą możliwością liczyć. Tem więcej, że przy krwawieniach, towarzyszących włókniakom u osób blizko lat przejściowych, (w którym to czasie i przy włókniakach występuje najczęściej rak błony śluzowej) żywi się nierzadko nadzieję, że gdy wystąpi *climax* i krwawienia ustąpią.

W przypadkach więc krwawień (nie mówię o dużych krwotokach, które same przez się stanowią wskazanie do operacyj radykalnych), w przebiegu włókniaków, zwłaszcza o osób starszych, powinniśmy się, przed zastósowaniem leczenia objawowego, przekonać, jakie są zmiany w błonie śluzowej, aby w danym razie wcześnie przystąpić do zabiegu radykalnego. Znaczniejszy przerost i rozrost gruczołów powinien stanowić wskazanie do operacyi radykalnej.

W końcu poczuwam się do obowiązku złożenia podziękowania Wielmożnemu prof. Drowi Jordanowi za pozwolenie mi zużytkowania przypadków klinicznych do niniejszej rozprawki.

Literatura.

Birch-Hirschfeld: Lehrbuch der allgem. patholog. Anatomie 1889.
Cruveilhier: Traité d'anatomie pathologique générale 1856.
Gusserow: Die Neubildungen des Uterus 1882.
Klob: Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane.
Virchow: Die krankhaften Geschwülste 1863.
Boetticher: Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Fibromyom und Carcinom am Uterus. Inaug. Dissert. 1884.
Ehrendorffer: Die primäre carcinomatöse Degeneration der Fibromyome des Uterus. Centralblatt f. Gynäk. 1892 Nr. 27.
Ehrendorffer: Ueber das gleichzeitige Vorkommen von Myofibrom und Carcinom der Gebärmutter Arch. f. Gynäk. Bd. LXII S. 254.
Löhlein: Carcinoma corporis uteri combinirt mit Fibromyoma intramurale. Zeitschr. f. Geburts u. Gynäk. XVI S. 151.
Löhlein: Zur Diagnose und Therapie des Gebärmutterkrebses. Gynäkologische Tagesfragen 1893.
Peter: Ueber die carcinomatöse Degeneration der Uterusfibromyome. Inaug. Dissert. 1893.
Rademacher: Ein Beitrag zu den Beobachtungen der carcinomatösen Degeneration der Fibromyoma uteri Inaug. Dissert. 1895.
Roerig: Erfahrungen über Verlauf u. Prognose der Uterusfibromyomen. Zeitsch. f. Geb. u. Gyn. Bd. V S. 266.
Ruge i Veit: Der Krebs der Gebärmutter. Zeitschr. f. Geburts. u. Gynäk. 1881 S. 300.
Schramm: Ueber das gleichzeitige Auftreten von Fibromyomen u. Carcinom am Corpus uteri. Centralbl. f. Gynäk. 1892 S. 235.
Schoenholz. Ueber das primäre Carcinom des Uteruskörpers. Inaug. Diss. 1887.
Wahrendorff: Fibromyome und Carcinome des Uterus Inaug. Diss. 1887.
Wagner: Fibromyoma et carcinoma corporis uteri Inaug. Dissertation 1886.
Voigt: Ueber Drüsenbildung in Myomen. Monatschrift f. Geb. u. Gyn. 1896 Bd. III.

Venn: Ueber gleichzeitiges Vorkommen von Carcinoma u. Myome corporis uteri. Inaug. Dissert.

Recklinghausen: Die Adenomyome u. Cystadenome der Uterus und Tubenwandung 1896.

IV. Przyczynek do kazuistyki torbieli spojówki oka

podał

Dr. K. Rumszewicz (w Kijowie).

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Do tych przypadków dodać mogę 2 własne spostrzeżenia.

1. Helena S., 3-letnia, na oczy nigdy nie cierpiała. Lewe oko i części je otaczające, zupełnie prawidłowe. W prawej gałce ocznej również żadnych zgoła zmian nie spostrzegano; to samo da się powiedzieć o górnej powiece. Przeciwnie dolna powieka jest wypukłą ku przodowi, a brzeg jej wolny cokolwiek podniesiony ku górze, wskutek tego szczelina powiek wydaje się znacznie węższą. Po odwinięciu powieki dolnej spostrzegamy przeźroczysty zupełnie blady utwór; zajmuje on cały załamek dolny, prócz zewnętrznej czwartej części jego; ku wewnątrz dochodzi do samego prawie mięska łzowego ku przodowi zbliża się o 3 mm. do brzegu wolnego powieki. Przy dotknięciu jest on sprężysty, powierzchnia zupełnie gładka. Spojówka wszędzie zupełnie prawidłowa, nieżytu ani śladu. Rozciąłem utwór przez całą długość, nadto wyciąłem 3 kawałki przedniej ściany od wewnątrz, wraz z cząstką spojówki, w środku i w zewnętrznej części, każdy mniej więcej 3 mm. długi a 2 szeroki. Następnie wyskrobałem próżnię ostrą łyżeczką. Cieczy zebrałem 20 kropli.

2. Marya P., 6-letnia. Na oczy nigdy nie cierpiała. Przed rokiem rodzice dostrzegli obrzęk lewej powieki dolnej. Po odwinięciu jej spostrzegamy blado-różowej barwy przeźroczystą wyniosłość, która zajmuje wewnętrzną połowę załamka dolnego, począwszy od mięska łzowego, a kształt ma raczej jajowaty. Brzeg przedni jest oddalony o 3 mm. od brzegu wolnego powieki; brzeg tylny przekracza nieco brzeg tylny załamka. Zmian nieżytowych w spojówce zgoła żadnych, gałki oczne zupełnie prawidłowe. Rozciąłem też jak i w pierwszym przypadku ścianę torbiela w kierunku załamka przejściowego i wyciąłem 2 kawałki, jeden, jak w pierwszym przypadku, ku wewnątrz z cząstką spojówki. Ciecz zebrałem osobno. Dodam, że o urazie w obu przypadkach wzmianki nawet nie było.

Wyniki badania drobnowidowego w obu przypadkach były zupełnie prawie jednakowe, opiszę je też razem. Ciecz wypuszczona była blada i przeźroczysta; badając, po dłuższem staniu, warstwę na szkle pozostałą, znalazłem w bardzo zresztą nieznacznej liczbie prawidłowe, lub częściej w stanie rozpadu, komórki przybłonkowe. Zewnętrzną powierzchnię ściany torbiela pokrywał przybłonek spojówki, którego komórki w warstwie głębokiej miały kształt sześcienny, w powierzchownej — zupełnie płaski, komórek kielichowatych wcale nie było. Pod przybłonkiem spojówki znajdowała się warstwa dość gęstej tkanki łącznej włóknistej, w której rzadko bardzo spostrzedz można było komórki limfoidalne. Pod tą warstwą znajdowała się luźniejsza tkanka łączna, bardziej obfitująca w komórki limfoidalne, dalej znów cienka warstwa tkanki gęściejszej, właściwa ściana torbiela, którą pokrywał przybłonek tylko jednowarstwowy. Komórki jego nie były zupełnie płaskie, zbliżały się raczej do kształtu sześciennego. Taką budowę znalazłem we wszystkich zbadanych cząstkach ściany torbiela. Najciekawsze jednak otrzymałem wyniki, badając wspomniane wyżej cząstki ściany, wycięte wraz z otaczającą je spojówką. Otóż przybłonek spojówki tworzył liczne i długie bardzo wyrostki, skierowane ku wewnątrz. Były one stałe, lub zawierały światła, często rozgałęziały się; razu jednego rozgałęzienie zupełnie przypominało liść akacyi. Jednocześnie z powstawaniem światła, komórki zmieniały kształt swój, mianowicie bezpośrednio przewód wyścielające przybierały kształt sześcienny, lub nawet walcowaty. Kierunek wyrostków był prostopadły do powierzchni błony, lub też ukośny; nic też dziwnego, że obok przewodów napotykałem okrągłe utwory, w środku mające światło, a otoczone komórkami, których warstwa wewnętrzna miała kształt walcowaty, a jądra znajdowały się u podstaw i przypominały pęcherzyki gruczołów Krausego. W pierwszym przypadku udało mi się widzieć bardzo długi przewód, przypominający jakby przewód gruczołu potowego, który otaczał brzeg wewnętrzny torbiela i zbliżał się do samej podstawy tegoż, jakkolwiek połączenia bezpośredniego nie widziałem. W tym przewodzie, jakoteż w skanalizowanych wyrostkach, napotykałem liczne komórki kielichowate. Ginsberg, na rys. 6., przedstawił długi przewód, właściwie wór przybłonkowy, otaczający ścianę torbiela. W moim przypadku wyraźnie widziałem początek wspomnianego przewodu przybłonkowego w kształcie szerokiego lejka na powierzchni spojówki; następnie zwężał się on nieco i, w kształcie łuku, idącego równolegle z wewnętrzną ścianą torbiela, zbliżał się ku podstawie jego.

W jaki też sposób powstawać mogą utwory torbielowe pod spojówką? Co się tyczy utworów, powstających w obrębie spojówki gałkowej, te oddawna są znane, częściej też ulegały badaniom anatomicznym. Co do nich, to wiemy, że powstają z naczyń chłonnych, lub też są wrodzone i należą właściwie do dziedziny teratologii. Inaczej rzecz się ma z utworami torbielowymi, powstającymi w obrębie spojówki powiek i załamka. Co do pierwszych, znamy dotąd jeden tylko przypadek licznych torbieli przez Vossiusa podany, który też, jak już widzieliśmy, dostatecznie udowodnił, że mieliśmy w nim torbiele, powstałe w skutek zadzierżenia rozrosłych gruczołów Henlego. Przypadków utworów torbielowych, powstałych w obrębie załamków, mamy dotąd conajmniej 19. Dla powstania ich są trzy możliwe źródła: 1) naczynia chłonne, 2) gruczoły Krausego i 3) sam przybłonek spojówki. Pochodzenie z naczyń chłonnych przyznawali dla swoich przypadków Makrocki, De Beck i Stoewer (drugi przypadek). O ile przypuszczenie to było uzasadnione, orzec stanowczo trudno. W każdym razie warunki dla powstawania torbieli z naczyń chłonnych niezbyt są sprzyjające w oku i częściach je otaczających, gdyż znajdujemy tu przeważnie układ szczelin i obszernych przestworów chłonnych; przeciwnie zaś, zwyczajne naczynia chłonne bardzo są słabo rozwinięte.

Szkoła włoska (De Vincentiis, Moauro, Antonelli i Rombolatti) wyprowadzała torbiele załamków od pęcherzyków lub przewodów gruczołów Krausego. Ginsberg utrzymuje, co do prac Moauro i Antonellego, że najpierw spostrzegane przez autorów „drobne torbiele“, obok głównych, były oddalone od tych ostatnich zbyt daleko, by można było przyznać w nich pęcherzyki gruczołowe; prawdopodobnie były to, zdaniem jego, cięcia poprzeczne wyrostków przybłonka, mających przewody. Dalej, co do charakteru przybłonka, nie przypisuje on okoliczności tej najmniejszej wagi, a to z powodu, że stósownie do ciśnienia, któremu ulega, następują w przybłonku znaczne zmiany; dalej znów „typowy“, zdaniem włoskich autorów, przybłonek 2-warstwowy, o ob-

wodowej warstwie sześciennej a środkowej walcowatej, jak słusznie przypomina Ginsberg, napotykać się daje nietylko w chorobowych zagłębieniach przybłonka, lecz nawet na dnie zupełnie prawidłowych rowków Stiedy. Dodam, że samo miejsce, w którem powstały w obu przypadkach utwory torbielowe, również nie przemawia na korzyść teoryi włoskich badaczy. Zresztą na topografię gruczołów Krausego dotąd zamało zwracano uwagi, jakkolwiek już w roku 1874 Wolfring (Klinische Monatsbl. f. Augenheilk. Beilageheft) podał pod tym względem zupełnie dokładne dane, które, co do mnie, najzupełniej potwierdzić mogę. Najbardziej są rozwinięte gruczoły Krausego w zewnętrznej połowie powiek, zwłaszcza górnej, nadto w obrębie załamka spojówki, pośród części miękkich, pozostających w warunkach, w których torbiele najłatwiej rozwijać by się mogły. Przeciwnie w wewnętrznej połowie powiek, zraziki gruczołów o wiele słabiej są rozwinięte, a nadto położone pośród twardej tkanki chrząstki. Tymczasem w przypadku Moauro torbiel znajdował się w wewnętrznej połowie powieki górnej, nadto nie w okolicy brzegu oczodołowego chrząstki powiekowej, gdzie się znajdują zraziki gruczołów Krausego, lecz w obrębie załamka, który w wewnętrznej połowie wcale zrazików tych nie posiada. W przypadku Antonellego torbiel zajmował również nie zewnętrzną połowę, lecz środek powieki. O ile łatwo ulega zmianom kształt przybłonka, najlepiej przekonać się mogłem w jednym przypadku utworu torbielowego w spojówce gałkowej. (O utworach torbielowych w spojówce gałki ocznej. „Przegląd lekarski“, 1896). Torbiel ten powstał niezawodnie w skutek przesączania się pod spojówkę treści samej gałki; jednakże przybłonek, który stanowczo powstał z przybłonka rogówki, tylko na samej podstawie torbiela (stanowiła ją rogówka) przechował swe cechy pierwotne; w górnej zaś części swej wypukłości przypominał zupełnie przybłonek przewodów gruczołów Krausego.

Rombolatti w swoim przypadku wyprowadzał torbiel również z gruczołów Krausego, opierając się li tylko na charakterze przybłonka. Ginsberg mniemanie to uważa za uzasadnione i utrzymuje, że w przypadku tym miały miejsce zmiany spowodowane przez uraz, jakie zaś mianowicie, mogło to wykazać tylko dokładne zbadanie całej gałki, czego jednak autor nie dokonał. Co do mnie, cały opis Rombolattiego utwierdza mię raczej w przekonaniu, że w przypadku tym mieliśmy utwór torbielowy, powstały w skutek przesączania z wnętrza gałki pod spojówkę, podobny może do mego przypadku, o którym przed chwilą wspomniałem, a w którym znalazłem w górnej części utworu przybłonek zupełnie podobny do przybłonka przewodów gruczołu Krausego. Z ogłoszonych dotąd przypadków torbieli spojówki pochodzenie z gruczołów Krausego przyznać możemy tylko w pierwszym przypadku Stoewera, i to bez żadnej wątpliwości. Ginsberg utrzymuje, że mogło to mieć miejsce również w przypadku Makrockiego; na to wszakże zgodzić się nie mogę, ponieważ torbiel znajdował się w wewnętrznej połowie powieki, zatem w okolicy, w której gruczoły Krausego znajdują się w istocie samej chrząstki powieki, nie zaś w załamku przejściowym. Bardzo liczne, chociaż drobnowidowe tylko utwory torbielowe, powstałe z przewodów gruczołów Krausego, znalazłem w opisanym przezemnie przypadku gruczolaka gruczołów Krausego („Przegląd lekarski“ 1895, Nr. 15).

Z wyników prac Vossiusa i Ginsberga, jako też z badania drobnowidowego własnych tu przytoczonych moich spostrzeżeń, możemy wytłómaczyć powstawanie torbieli zarówno w obrębie spojówki i powiek, jakoteż załamków, w inny zupełnie sposób. Już w prawidłowej spojówce znajdujemy zagłębienia przybłonka, znane pod nazwą gruczołów Henlego. Przy jaglicy zagłębienia te wyglądają jako cewkowe gruczoły, o tyle rozwinięte, że Berlin (Klin. Monatsblätter f. Augenheilk. 1878) i Iwanow (Sitzungsbericht der ophthalm. Gesellschaft zu Heidelberg 1878) chcieli w nich dopatrywać utworów, znamionujących jaglicę. Wszakże Jacobson (Arch. f. Ophthalm XXV, 2) znalazł te same utwory przy toczniu i gruźlicy spojówki, Raehemann zaś (Arch. für Ophthalm. XXVIII, 3) wytłómaczył powstawanie gruczołów jaglicowych w ten sposób, że, po pęknięciu pęcherzyka jaglicowego, komórki przybłonkowe wrastają ku wewnątrz w postaci wyrostków początkowo stałych, następnie zaś powstają w nich przewody. Ginsberg spostrzegał „gruczoły jaglicowe“ w przewlekłem zapaleniu spojówki (Deutsche medic. Wochenschrift 1896 Nr. 27), sam zresztą Berlin nawet tylko w przewlekłem przekrwieniu spojówki. Dawniej już wspomniałem, że w obrębie skrzydlika również napotykamy takie zagłębienia przybłonka, w niektórych zaś razach powstać z nich mogą bądź drobne, bądź też większe znacznie (mój przytoczony przypadek polipa w skrzydliku) przybłonkowe utwory torbielowe. Słabą stronę badań anatomicznych torbieli spojówki stanowi ta okoliczność, że jako całość, rzadko bardzo ulegały one badaniu, zwykle zaś poprzestawano na zbadaniu li tylko wyciętych drobnych cząstek. Wszelako wyniki badań Vossiusa, Ginsberga i moich dwóch przypadków, bądź co bądź upoważniają do wniosku, że utwory torbielowe, w obrębie spojówki powiek i załamków, mogą powstać wskutek stopniowego rozrostu nieznacznych może początkowo zagłębień przybłonka spojówki. Zagłębienia te, napotykane już w stanie prawidłowym, są o wiele więcej rozwinięte w zmianach chorobowych. Łatwo przypuścić, że mogą one być również wrodzone, i że jako takie powstają w wyżej opisany sposób. Uważałbym tedy za rzecz słuszną zaliczyć do tego rodzaju torbiele w obu moich przypadkach.

V. Oceny i sprawozdania.

Carl Rosenthal (Berlin): **Die Erkrankungen der Nase, deren Nebenhöhlen und des Nasenrachmeraumes. Ein kurzgefastes Lehrbuch für Aerzte und Studirende.** (Nakład Augusta Hirschwalda, Berlin 1897. Drugie powiększone i polepszone wydanie).

Z całkowitego zaszczytnie znanego dzieła Rosenthala: „Die Erkrankungen der Nase und des Kehlkopfes“, wyszła dopiero część pierwsza, obejmująca choroby nosa i jam pobocznych, w drugiem poprawionem wydaniu.

Autor zaznacza na wstępie doniosłość fizyologicznego znaczenia nosa, wskazuje na wpływ, jaki wywierają zboczenia w nosie na cały ustrój i na pojedyńcze składowe jego części, z czego jasno wynika pożyteczność poznania tej gałęzi medycyny dla ogółu lekarzy praktycznych.

Główna treść tego dzieła dzieli się na choroby: 1) nosa, 2) jam pobocznych (Highmora, czołowej, sitowej i klinowej), i 3) jamy nosowo-gardłowej. Każdą z tych części poprzedza opis anatomiczny i sposoby badania. Choroby nosa mają

następujące poddziały: 1) choroby zapalne błony śluzowej, 2) choroby skórne, 3) choroby ustrojowe (konstytucyjne), 4) zniekształtnienia, 5) złamanie kości nosowej, 6) nowotwory, 7) ciała obce, stężyny (Concretiones) itp., 8) krwotok nosowy, 9) zaburzenia nerwowe w okresie nn. węchowego i troistego, 10) nerwice zwrotne. Słusznie podnosi autor z naciskiem znaczenie sapki ostrej noworodków i poświęca temu cierpieniu ze względu na jego dotkliwe objawy i często ciężki przebieg osobne szczegółowe omówienie. Przy chorobach poszczególnych wskazuje autor na ich związek z innemi zmianami w ustroju. Omawiając choroby ogólne, w przebiegu których pewna rola przypada chorobom nosa, uwzględnia szczególnie grypę z wszystkiemi jej powikłaniami. —

Życzyćby należało, żeby w przyszłych wydaniach rozpoznanie różniczkowe było więcej uwzględnione, żeby n. p. wytyczne rozpoznania różniczkowego między kiłą, gruźlicą, wilkiem, nosacizną itp., niemniej, co do umiejscowienia ropienia w zakresie nosa, pochodzącego z różnych jam pobocznych pożądane byłyby ślislejsze określenia i gruntowniejsze omówienia.

Między nerwicami zwrotnemi wylicza autor dychawicę i kaszel nosowy, sapkę nerwową, gorączkę sienną, nieżyt jesienny i t. zw. czerwony nos, podczas gdy inne, jak krztusiec, skurcz głośni, pląsawicę, bicie serca i inne są mniej więcej tylko pobieżnie wzmiankowane.

Obrazy chorobowe, skreślone jasno i przejrzyście tu i owdzie objaśnione krótkiemi historyami chorób, uzupełnione są uwagami leczniczemi, obfitującemi w trafne wskazówki praktyczne, przyczem uwzględnione zostały najnowsze zdobycze nauki na tem polu. Do rzeczy nowych, o których w pierwszem wydaniu żadnej nie było wzmianki, należy zaliczyć: badania bakteryologiczne Abla, odnoszące się do drobnoustrojów wrzodu w nosie (Ozaena), znane czytelnikom „Przegl. lek.“ z pracy Doc. Dr. Baurowicza; dalej stósowanie prądu elektrycznego w odmrożeniu nosa, wstrzykiwanie arszeniku w twardzieli nosa, i pyoktaniny w mięsaku; oprócz tego jest mowa o nerwicach następowych po zabiegach leczniczych w nosie, o nagromadzeniu kw. moczowego we krwi, jako przyczynie gorączki siennej, o gruźlicy jamy nosowo-gardłowej, o leczeniu wrzodu w nosie (Ozaena) drogą elektro-chemiczną itd.

Mając ciągle przed oczyma potrzeby uczniów i lekarzy praktycznych, dla których dzieło to jest przeznaczone, nie zagłębiał się autor w rozumowania teoretyczne. Symptomatologia, etyologia i leczenie wszystkich omówionych chorób, są skreślone zwięźle i jasno. Brakiem jednak, zdaje się nam zupełne pominięcie chorób mięśni gardła, względnie gardłowo-trąbkowych, oraz objawów i zboczeń czynnościowych wywołanych przez nie. Zresztą praca przeprowadzona jest z gruntowną znajomością rzeczy i zdradza w autorze doświadczonego lekarza praktyka. Treść została systematycznie ułożona tak, że z łatwością można w każdej rzeczy zoryentować się, do czego przyczynia się nie mało dołączony na końcu alfabetyczny spis przedmiotów zawartych w treści. Styl, mimo zwięzłości, jest jasny, prosty i przystępny, kształt zewnętrzny wydania wytworny. Wielką zaletą tego dzieła jest to, że obok doborowej treści, posiada ono małą objętość i umiarkowaną cenę, co niewątpliwie przyczyni się do rozszerzenia jego między lekarzami. Nie wątpimy też, że nowe to wydanie, jako podręczny poradnik dla uczniów i lekarzy, zjedna sobie między nimi zastęp stałych czytelników i przyjaciół i że nie będzie ostatnim.

Spira.

VI. Wyciągi.

Prof. Dr. T. Jonnesco: **O wycięciu śledziony.** (*Archiv. Langenbecka* 55 Tom, zesz. II). Autor podaje ośm przypadków wycięcia śledziony, wykonanych przez siebie: w 7 z powodu jej obrzęku zimniczego, w 1 z powodu torbiela. Niepomyślnie zakończył się tylko jeden i to w skutek zapalenia otrzewnej, powstałego w VI dniu po operacyi. Opierając się na tak pomyślnych wynikach i omówiwszy szczegółowo technikę operacyjną, podaje autor, jako wskazania do podjęcia zabiegu, poczynającą się cherę w tych przypadkach, w których leczenie wewnętrzne pozostało bez skutku, jakoteż przypadłości podmiotowe chorego, wywoływane obecnością guza, a nawet radzi wykonywanie wycięcia śledziony, jako operacyi zapobiegawczej, nawet w razie braku chery. Między przeciwskazaniami pierwsze miejsce zajmuje, według autora, białaczka (leucaemia)

A. G.

Prof. Dr. A. Eiselsberg: **O leczeniu znaczniejszych ubytków kości goleniowej za pomocą uszypułowanych płatów skórno-okostno-kostnych.** (*Archiv. Langenbecka* 55 Tom, zesz. II). Autor podaje sposób pokrywania plastycznego ubytków kości goleniowej za pomocą uszypułowanych płatów skórno-okostno-kostnych wyciętych z tejże samej kości, który to sposób zastósował w 2 przypadkach z wynikiem pomyślnym. W przypadku pierwszym, w którym wyciął z powodu mięsaka kostnego dolną część kości goleniowej długą na 12 ctm., wraz z kostką wewnętrzną, pokrył powstały ubytek w ten sposób, że z górnej zdrowej części kości wykroił płat skórno-kostny długości 14 ctm., szerokości 4 ctm, podstawą zwrócony ku ubytkowi tak, że na przestrzeni, odpowiadającej rozmiarom płatu, otworzył jamę szpikową kości, a okręciwszy płat 0180°, przyszył go dokładnie do okrwawionej górnej płaszczyzny kości skokowej. Już w miesiąc po operacyi chory chodził, z czasem przeszczepiony płat zgrubiał na tyle, że chory chodząc bez protezy, mógł spełniać obowiązki posługacza oddziałowego. W drugim przypadku złamania powikłanego kości goleniowej pokrył autor jej ubytek, wynoszący z przodu 8 ctm, a z tyłu 2 ctm w ten sam sposób. Jako szczególniejszą zaletę swej metody podnosi E. tę okoliczność, że płat przeszczepiony, w miarę używania kończyny grubieje.

A. G.

C. Meyer: **O wpływie surowicy przeciwbłoniczej na przebieg kliniczny błonicy.** (*Deutsches Archiv f. kl. M.* Tom 59). W klinice berneńskiej leczono surowicą przeciwbłoniczą w ciągu przeszło dwóch lat 147 chorych, — a mianowicie wstrzykiwano każdemu choremu, u którego z wszelkiem prawdopodobieństwem można było klinicznie stwierdzić błonicę 1000 jednostek surowicy. Jeżeli gorączka następnego dnia nie spadała, a błony nie zmniejszały się, lub gdy objawy zwężenia krtani stale się utrzymywały, powtarzano wstrzykiwanie, a wyjątkowo tylko w dwóch przypadkach ponowiono wstrzyknięcie po raz trzeci; w ostatnim jednak roku poprzestawano zwykle na jednem wstrzyknięciu.

Wyniki leczenia wykazują niezbicie korzystny wpływ surowicy: Śmiertelność spadła z 33·3% na 13·1%; lekkie przypadki choroby nigdy nie przechodziły w postacie cięższe, a wyjątkowo tylko, w późniejszym przebiegu, dołączały się objawy ze strony krtani. Liczba chorych, u których musiano wykonać tracheotomię, spadła z 59·5% na 30·3%, a śmiertelność operowanych z 49·7% na 38·8%. Podmiotowo, wkrótce po wstrzyknięciu, doznawali chorzy ulgi. Komplikacye ze strony płuc przydarzały się rzadziej i przebiegały korzystniej, zapalenie zaś nerek nigdy nie nastąpiło. Błony w przypadkach, pomyślnie się kończących, znikały prawie stale w jednym czasie, licząc od dnia wstrzyknięcia i niezależnie, czy wstrzykiwano we wcześniejszym, czy późniejszym okresie choroby, co szczególniej udowadnia korzystny wpływ surowicy. Jeśli ilość wstrzykiwań nie była zbyt wielka, nie zauważono nigdy działania ubocznego, połączonego z niebezpieczeństwem.

Śmiertelność dotyczyła głównie tych chorych, których poddano leczeniu surowiczemu już wśród objawów ciężkiego zapalenia płuc, posocznicy, zapadu itd., wobec czego doradza autor wstrzykiwać 1000 jednostek surowicy w przypadkach, choćby tylko podejrzanych. U dzieci, okazujących idio-

synkrazyę do surowicy (exanthema etc.), należy wstrzykiwań zaprzestać. *Dr. Kędzior.*

Dr. Villaret: **Statystyka seroterapii.** *(Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich* 18 rocznik). Praca ta zawiera zestawienie przyczyn śmierci w miastach państwa Niemieckiego, z liczbą mieszkańców 1500 i wyżej. Przegląd ten sięga aż po rok 1895, w którym po raz pierwszy surowica szersze znalazła zastósowanie.

W 10 latach 18$^{85}_{94}$ umarło w tych miastach wskutek błonicy i dławca 119.038 osób, a więc przeciętnie w jednym roku 11,904 (z *maximum* 15,860 w roku 1893 i *minimum* 9.934 w 1888 roku). W roku 1895 umarło wskutek błonicy i dławca 7.266 osób. Obliczywszy na 10,000 mieszkańców, wypada przeciętna z lat 1885/94 w jednym roku 10·69 (przy *minimum* 9·65 *maximum* 12·44), natomiast w r. 1895 5·40. A więc śmiertelność błonicy i dławca w roku 1895 w stosunku do przeciętnej z lat 1885/94 zmniejszyła się o 49·48%. Podczas gdy w latach 1885/94 przeciętnie ze 100 zmarłych w jednym roku umierało wskutek błonicy i dławca 4·53, to w r. 1895 ze 100 zmarłych umarło tylko 2·53, czyli, że śmiertelność obniżyła się o 44·15%. Porównując rok 1895 z przeciętną lat 1885/94 widać, że w roku 1895 śmiertelność wskutek błonicy i dławca znacznie się obniżyła, a nadto trzeba dodać, że tak nizkiej śmiertelności jeszcze nigdy dotychczas nie spostrzegano. Autor wyraża przekonanie, że takie obniżenie śmiertelności nie jest wcale przypadkowem, lecz jest wynikiem stósowania surowicy z pomyślnym skutkiem; a porównanie powyższych liczb jest prawdopodobieństwem, graniczącem z pewnością, że postępując tą drogą, jaką wytknął Behring (i Roux — przyp. sprawozdawcy), będziemy mogli w przyszłości opanowywać z pomyślnym skutkiem i inne choroby zakaźne. *(Deutsche medizinische Wochenschrift* 1898 Nr. 2. *Dr. Batko.*

Dr. St. Růžička: **Doświadczenia nad zdolnością wessawczą tkanki ziarninowej (granulacyjnej).** *(Wiener medic. Presse* Nr. I. 1898). Na podstawie doświadczeń, wykonywanych na świnkach morskich w ten sposób, że posypując różne trucizny tym zwierzętom, jak strychninę, roczyn kurary i sinek potasowy na sztucznie wytworzone powierzchnie ziarninowe (granulacyjne), lub świeże powierzchnie ran, przyszedł autor do wniosku, że tkanka ziarninowa nie posiada wcale żadnej zdolności wessawczej, albo, — co najwyżej, — bardzo nieznaczną; podczas gdy przeciwnie na świeżej powierzchni ran wszystkie wspomniane trucizny zostają szybko wessane.

Wyniki tym sposobem uzyskane poparł autor doświadczeniem chemicznem: wstrzyknawszy dwom świnkom morskim, — jednej ze świeżą, drugiej z ziarninującą powierzchnią rany — podskórnie 10³ cm. wodnego 5% roczynu żelasinku potasu; polewał stale obie rany 2‰ roczynem chlorku żelaza. Wytworzoną po upływie 1½ godziny na obydwu ranach smugę błękitu berlińskiego, powstałą drogą połączenia się obu wymienionych soli, badał drobnowidowo i przekonał się, że smuga ta znajdowała się u zwierzęcia z raną świeżą, na granicy między tkanką łączną podskórną a mięśniami; przeciwnie zaś, u zwierzęcia z powierzchnią ziarninową smuga ta leżała całkiem powierzchownie, co dowodzi zupełnego braku zdolności wessawczej tkanki ziarninowej.

Z powierzchni tej tkanki wtedy tylko może nastąpić wessanie, jeżeli znajdują się luki w samej tkance ziarninującej, albo też z jakiejkolwiek przyczyny w jednem miejscu się nie wytworzyła. *W. R.*

Dr. Hermes: **Przyczynek do nauki o przepuklinach pęcherzowych.** *(D. Z. f. Ch.* T. 45.) Rozpoznanie pęcherza w treści worka przepuklinowego jest możliwe przed operacyą, gdyż przepuklinom tym towarzyszą zaburzenia w oddawaniu moczu. Zwiększają się one przy napełnieniu pęcherza, a związek ich z pęcherzem da się wykazać cewnikiem. Przepukliny te z reguły nie dadzą się odprowadzić. Rozpoznanie przepuklin pęcherzowych podczas zabiegu operacyjnego jest łatwiejsze, a ułatwia je stałe pojawianie się charakterystycznych utworów tłuszczowych, ułożenie po wewnętrznej stronie kanału pęcherzowego i ścisły zrost z workiem przepuklinowym. Gdy w tych dwóch okresach rozpozna się jakość treści, zawartej w przepuklinie, to mamy dla zabiegów operacyjnych wskazania jasne. Gdy wskutek nierozpoznania zrani się ściany pęcherza, to należy je zaszyć i wstrzymać się od zabiegu radykalnego; a gdy i podczas operacyi nie rozpozna się zranienia pęcherza, który się pozostawi w stanie niezaszytym, to należy albo założyć następny szew na pęcherz, albo wyczekiwać wytworzenia przetoki, która stale dobrze się sama goi. *St. D.*

A. Hegar: **Gruźlica trąbek i otrzewnej miednicy.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 45. r. 1897.) Cierpienia powyższe mogą wprawdzie, zdaniem autora, występować oddzielnie, zazwyczaj jednak występują obok siebie. Prątki gruźlicze mogą się dostać do trąbek najczęściej z jamy brzusznej, jeżeli narządy, jako to: otrzewna, jelita lub gruczoły krezkowe okazywały poprzednio zmiany gruźlicze. Rzadszem jest zakażenie z zewnątrz, np. przez cząstki kału, które u osób, dotkniętych gruźlicą jelit, łatwo do pochwy przystęp znaleść mogą; dalej palce osób, badających przez pochwę, jak n. p. lekarzy i położnych, mogą również być przenośnikami gruźlicy. Zaszczepienie zaś gruźlicy przy spółkowaniu, przez nasienie, zawierające prątki, uważa autor za mniej prawdopodobne. Trąbka, zmieniona gruźliczo, przedstawia się podobnie jak przy sprawach zapalnych, jest zgrubiałą, kiełbasowatą, o powierzchni guzowatej lub gładkiej i zazwyczaj opuszcza się ku tyłowi do jamy Douglasa, gdzie zostaje ustaloną, za pomocą zrostów, do tylnej ściany macicy, dna jamy Douglasa lub odbytnicy. Ważną jest ta okoliczność, że podczas gdy w innych postaciach zapalenia trąbki, część trąbki, granicząca z macicą, jest prawidłowa, przy gruźlicy właśnie w tej części, jakoteż w sąsiednich częściach ściany macicznej, występują znaczne zmiany gruźlicze, wywołujące zgrubienie trąbki w tem miejscu. Zmiany te jednak, przy badaniu klinicznem, trudno jest stwierdzić. Natomiast jeżeli wybadamy na tylnej ścianie macicy i w jamie Douglasa wielką ilość twardych guzków, wielkości prosa lub grochu, wtedy jesteśmy w prawie rozpoznać gruźlicę otrzewnej. Czy równocześnie wewnętrzna ściana macicy jest gruźlicą zajęta, o tem trudno się przekonać, gdyż badanie drobnowidowe skrobanki rzadko w tych przypadkach daje wynik dodatni. Ułatwić rozpoznanie może badanie stanu ogólnego i poszczególnych narządów chorej, przedewszystkiem płuc.

Gruźlica otrzewnej posiada, zdaniem autora, w wielu przypadkach skłonność do samoistnego wyleczenia, w zadawnionych zaś postaciach, które chorym nie sprawiają wielkich dolegliwości, radzi autor poprzestać na leczeniu przypadowem. Zabieg operacyjny doradza w świeżych przypadkach zapalnych, w których leczenie zachowawcze zawodzić zwykło. Usunięcie trąbek gruźliczo zmienionych należy uskuteczniać nie przez pochwę, lecz *per laparotomiam*, ponieważ po otwarciu jamy brzusznej ma się lepszy przegląd i łatwiejszy dostęp, skutkiem czego usunąć można dokładniej wszystkie tkanki zmienione, a powtóre można operować oględniej, unikając uszkodzenia narządów gruźliczo zmienionych i wydostania się tym sposobem cząstek, zawierających prątki gruźlicze, przez co łatwo mogło by nastąpić zakażenie otoczenia. *Piotrowski.*

Falk. **Leczenie elektrycznością tyłozgięcia i tyłopochylenia macicy.** *(Centralblatt für Gynäkologie* 1897. Nr. 21). Odkąd Schultze wykazał przyczynę tyłozgięcia macicy przedewszystkiem w zwolnieniu więzadeł krzyżowo macicznych, w których przebiegają włókna mięśni gładkich, t. zw. *musculi retractores uteri*, zwrócono całe leczenie w kierunku wzmocnienia owych mięśni, używając do tego celu, między innymi środkami, także elektryczności. By leczenie odniosło skutek, należy macicę z początku, póki owe więzadła nie wrócą do stanu pierwotnego, utrzymywać w prawidłowem położeniu za pomocą ósemkowego krążka Schultzego, który,

w przeciwieństwie do innych krążków, nie rozciąga tylnego sklepienia i nie ugniata więzadeł krzyżowo-macicznych. Leczenie, które autor stosuje i innym zaleca stosować, polega na faradyzowaniu więzadeł krzyżowo-macicznych. Jedną elektrodę płaską układa F. na krzyżach, drugą, gałkową, o średnicy 1 ctm., w tylne sklepienie, po odprowadzeniu macicy, albo na drugiem już posiedzeniu wprowadza ją do odbytnicy na wysokość przyczepu więzadeł krzyżowo-macicznych. Prąd nie powinien dochodzić do tego nasilenia, by aż ból sprawiać. W czasie między posiedzeniami chora nosi krążek ósemkowy. *W. W.*

Dr. Georg Marwedel. **Kliniczne spostrzeżenia nad wartością guzika Murphyego** (*Archiv. Langenb.* T. 55. Zesz. II.) Autor, na podstawie wyników 55 zestawionych w swej pracy operacyj, dokonanych na trzewach brzusznych za pomocą guzika Murphyego, przemawia na korzyść tej metody, podnosząc, jako główną jej zaletę, znaczny zysk na czasie i ułatwienie techniki operacyjnej. Z 3 przypadków połączenia jelit grubych z cienkimi, które zakończyły się niepomyślnie, autor wyciąga wniosek, że w zakresie jelit grubych, należy przyznać pierwszeństwo szwowi jelitowemu, a to przedewszystkiem z powodu zbitości kału w nich przesuwającego się, który zatkać może zupełnie światło guzika. Omawiając technikę operacyjną, kładzie autor nacisk na konieczność dostatecznie silnego zaciśnięcia obu połów guzika, gdyż w przeciwnym razie ściany jelit, wgłobione w guzik, nie ulegają równoczesnej okrężnej nekrozie, a wskutek tego, po odjęciu guzika, w powstałym otworze, tworzy się rodzaj klapy, ścieśniającej jego światło. *A. G.*

Dr. Elze. **Metoda leczenia rzeżączkowego nieżytu spojówki noworodków, zalecająca się przez swe pomyślne wyniki.** (*Medicinisch-chirurgisches Centralblatt* Nr. 46. r. 1897.) W rzeżączkowym nieżycie spojówek noworodków stosuje autor równocześnie roztwór azotanu srebrowego 1 — 2% i 5% maść ichtyolową i jest zdania, że oba te środki złączone posiadają silniejsze działanie lecznicze niż każdy z nich z osobna wzięty. Raz lub dwa razy dziennie pędzluje spojówkę (po odwinięciu powiek i oczyszczeniu oka z wydzieliny ropnej) jedno, a w cięższych przypadkach, dwu procentowym roztworem azotanu srebrowego, poczem wprowadza do załamka spojówkowego maść ichtyolową 5%, za pomocą szklanego pręcika. Co dwie godziny radzi przemywać oko roztworem sublimatu 1:4000. Przy takiem postępowaniu, w przypadkach leczonych przez autora, wydzielina ropna zmniejszała się nader szybko, i przeciętnie po 3—4 dniach, następowało według autora wyzdrowienie. Jednak autor przyznaje, że w dwóch przypadkach nastąpił nawrót choroby. *Piotrowski*

Dr. Kern. **O otwartym uchyłku Meckela.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 19. str. 353). U dziecka, liczącego ½ roku, stwierdzono w bliźnie pępkowej guzek wielkości orzecha laskowego, pokryty błoną śluzową, z otworem na szczycie, przez który zgłębnik przechodzi na 5—8 ctm. Podczas płaczu guz się napinał. Rozpoznano wynicowanie otwartego uchyłku Meckela. Narazie przypalano błonę śluzową żegadłem Pacquelina i znów, w ½ r. później, stwierdzono, że cały „prolapsus" ustąpił, drożność jednak pozostała. Wtedy prof. Kraske przystąpił do otwarcia jamy brzusznej. Uchyłek przy jelicie podwiązał, odciął, kikut wpuklił do światła jelita i ponad „inwaginatem" założył szew Lemberta. Podobnie postąpił z drugim końcem. Dziecko wyzdrowiało. *Herman.*

Prof Dr. J. Schreiber. **O „phytobezoarze" w żołądku kobiety i jego rozpoznaniu.** (*Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Mediz. u. Chirurg.* T. I. str. 729).

Prof. M. W. af Schultén. **O guzach z włosów w żołądku etc** (*Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Mediz. u. Chirurg.* T. II. str. 289). „Phytobezoary i „pilo-v.-trichobezoary" tj. guzy wolne, powstałe z części roślinnych lub włosów w żołądku zwierząt, nawet cieląt nieurodzonych, nie należą wcale do rzadkości. Natomiast u ludzi zdarzają się bardzo rzadko i tem rzadziej, że rozpoznanie ich natrafia na niepokonalne trudności. Wedle zestawienia af Schulténa (2) operowano dotychczas 7 ludzi z powodu w mowie będącego cierpienia; 9 razy zaś znaleziono „bezoary" dopiero na stole sekcyjnym, i we wszystkich dziewięciu bezoar był przyczyną śmierci. „Pilobezoary" spotyka się nierównie częściej, aniżeli „phytobezoary". We wszystkich 7 przypadkach, zestawionych przez af Schulténa, guzy były złożone z włosów, a tylko u chorej Schreibera, guz był złożony z włókien roślinnych. Materyałem do powstania „bezoaru" bywają połykane włosy ludzkie lub zwierzęce, lub też włókna roślinne. Tkanki te gromadzą się w żołądku, zbijają w grudki, najpierw kuliste, potem przyjmujące kształt żołądka i mogą dochodzić do kolosalnych rozmiarów. Najmniejszy ważył 120 grm., największy 1900 grm. Pozostając w żołądku, sprawiają różne dolegliwości: ból, niestrawność, uporczywe wymioty etc. Zwykle jednak guz, wyczuty w brzuchu przez same chore (najczęściej bowiem chodzi o kobiety), sprowadza je do lekarza. Rozpoznanie b. trudne, gdyż nic łatwiejszego, jak taki guz ruchomy, twardy, czasem o nierównej powierzchni, wziąść za nowotwór żołądka lub jelit, albo za ruchomą śledzionę, względnie nerkę, lub wreszcie rozpoznawać grudę kałową. Tak też z reguły brzmiało rozpoznanie przed operacyą. Tylko Schreiberowi (1) udało się przed operacyą uczynić rzeczywiste rozpoznanie, przez wykluczenie wszelkich innych a podobnych spraw chorobowych.

Ciało takie, pozostawione w żołądku, nie może być obojętnem. Uciska bowiem ono na ściany żołądka i może sprowadzić ich przedziurawienie. Dlatego trzeba operować i, przez nacięcie żołądka, wydalić je.

Chora Schreibera (1) liczyła 45 lat; oddawna doznając przypadłości żołądkowych, używała przeciw nim żywokostu (Scorzonera hispanica). Włókna tej rośliny stanowiły „phytobezoar", wydobyty przez gastrotomię, dokonaną przez Eiselsberga. Wyzdrowiała.

30-letnia chora, af Schulténa, cierpiała od roku z powodu silnych bólów w okolicy pępka. Od dawna trudniła się przędzeniem nici ze szerści krowiej. Prawdopodobnie śliniąc palce, nieświadomie zlizywała z nich pojedyńcze włosy i połykała. S. rozpoznawał nerkę ruchomą prawą. Poprowadził odpowiednie cięcie lędźwiowe i dopiero podczas operacyi przekonał się, że ma do czynienia z „bezoarem", usadowionym w uchyłku tylnej ściany żołądka w pobliżu odźwiernika. Chora wyzdrowiała. Badanie drobnowidowe wykazało, że guz składał się z szerści krowiej. *Herman.*

Dr. R. Steizlin: **O leczeniu chirurgicznem śledziony wędrującej.** (*D. Z. f. Ch.* T. 45), Autor podając przypadek wycięcia śledziony wędrującej, znacznie obrzękłej z powodu zakażenia zimniczego, zastanawia się w ogóle nad sposobami leczenia śledziony wędrującej i wysnuwa wniosek, że w razie nieznacznego przerostu należy użyć przyszycia śledziony i to najlepiej sposobem, podanym przez Rydygiera; na drugiem miejscu stawia sposób Bardenheuera; gdy przerost przekracza dwa lub trzy razy rozmiary śledziony prawidłowej, natenczas, zdaniem autora, należy wykonać wycięcie, wyłączając naturalnie schorzenie śledziony białaczkowe, przyczem nie należy obawiać się złych skutków dla ustroju. *St. D.*

Dr. Krüger: **Zapalenie wyrostka robaczkowego i jego stosunek do narządu płciowego u kobiet.** (*D. Z f. Ch.* T. 45). Przyjmując podział zapalenia wyrostka robaczkowego według Sonnenburga na zapalenie proste, dziurawiące i zgorzelinowe porównuje autor pod względem rozpoznawczym schorzenie, wychodzące z płciowego narządu kobiecego, przebiegające z podobnymi objawami i przychodzi do wniosku, że zwykle odróżnienie podobnych schorzeń, co do ich miejsca pierwotnego usadowienia, jest możliwe, o ile w rzeczywistości jednocześnie nie ulega zmianom jajnik i wyrostek robaczkowy; a schorzenie równoczesne obu tych narządów jest często możliwe, gdyż istnieje *ligamentum appendico ovaricum*, będące drogą dla zarazków, w ten sposób przenoszących się z jednego organu na drugi. *St. D.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 26 stycznia 1898.

Obecnych członków 32. Przewodniczący kol. prof. Jakubowski.

Rozpoczynając nowy rok, nowoobrany prezes, kol. prof. Jakubowski, wita krótkiem przemówieniem zebranych członków, przyczem wypowiada nadzieję, iż Towarzystwo i nadal podążać będzie drogą dotychczasowego rozwoju, przez co wypełni swój statutem naznaczony cel.

Kol. prof. Obaliński przedstawił przyrząd Bottiniego, zmodyfikowany przez Freudenberga, służący do leczenia przerostu gruczołu krokowego. Przeszedłszy pokrótce dotychczasowe sposoby leczenia, jak: stałe kateteryzowanie, trzebienie i t. d., objaśnił prelegent nowo obmyślany przyrząd, którego budowa zupełnie jest analogiczną do budowy litotryptora, różniąc się jedynie od niego tem, że wązka jego część jest zakończona nożem z platyniridium i połączona z bateryą elektryczną, wzgl. akumulatorem. Dla uniknięcia zbytecznego rozgrzewania się instrumentu podczas użycia dodany jest przyrząd chłodzący.

Sposób użycia bardzo prosty. Po wprowadzeniu nastawiamy instrument na odpowiedni powiększony płat gruczołu i, kręcąc śrubą, nakrawamy od tyłu ku przodowi. Woda przepływająca przez część chłodzącą obniża ciągle ciepłotę rozgrzewającego się instrumentu. Operuje się bez uśpienia, wystarczy przed operacyą wstrzyknąć do cewki 5% roczyn kokainy.

Kol. prof. Mars wypowiedział odczyt: O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach położniczych.

(Wykład przeznaczony do druku w „Przeglądzie lekarskim".

Dr. Górski.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Jeszcze w sprawie lekarzy okręgowych.

W numerze 3 i 4 „Przeglądu lekarskiego" Dr. Merunowicz pomieścił artykuł, potępiający zapatrywania moje na wartość instytucyi lekarzy okręgowych i zaczął od zbijania podanych przezemnie dat.

Pozwólcie więc usprawiedliwić się z zarzutów.

Cyfrę 80 tys. zmarłych na zakaźne choroby w Galicyi wziałem ze sprawozdania c. k. Rady zdrowia, skąd i Dr. Merunowicz brał swoje daty; dodałem jednak do liczby 58.852 zmarłych na zakaźne choroby (spr. 1894 str. 16) jeszcze 24.325 zmarłych na gruźlicę, która to liczba nie wiedzieć dla czego stoi osobno.

Zresztą czyż to ma tak wielkie znaczenie w sprawie przezemnie poruszonej? My, lekarze, wiemy bardzo dobrze, czego w ogóle są warte te wykazy, których dla ułożenia statystyki państwowej dostarczają władzom oglądacze zwłok, często zaledwo czytać i pisać umiejący, a obowiązani do oznaczenia rozpoznania choroby zmarłego już po śmierci, czego nawet lekarz, nie zrobiwszy sekcyi, nie może wykonać. Wszakże poseł Czyżewicz, który taka świetną mową obronił projekt rządowy przed Sejmem, dla poparcia potrzeby instytucyi lekarzy okręgowych użył tegoż dowodu:

„Galicya traci rocznie $3^1/_2$% ludności, to jest zwyż 200.000: to znaczy, że pod względem śmiertelności stoimy razem z Bukowiną, na ostatniem w Monarchii miejscu, z tego umiera 30%, t. j. 60 tys., na choroby zakaźne, a oprócz tego 22 tys. na gruźlicę".

Nie dobrze jest podsuwać myśli, jakich piszący nie miał. W moim artykule stoi że „okręgi zaczęły się tworzyć stopniowo, w miarę rozporządzalnych sił lekarskich", a ponieważ każdy lekarz, według mego rachunku, kosztuje 900 złr. (bo są tacy co mają zwyż 1000 złr.), a jest okręgów 98, więc wszyscy lekarze będą kosztować kraj około 100.000 rocznie.

Dr. Merunowicz powiada, że to jest tylko piąta część tego co potrzeba dla naszego kraju; ma więc być kreowano w ogóle 490 okręgów, aby poprawić smutne stosunki sanitarne w kraju. Przypuszczając więc, że twierdzenie Dra Merunowicza, co do wysokości płacy, nie jest mylne, przed ubogim naszym krajem stoi perspektywa wydatku $480 \times 800 = 392$ tysiące rocznie na samą płacę lekarzy okręgowych.

Od lat dwudziestu pięciu objeżdżam całą Galicyę i znam nieźle stosunki, panujące w miastach i miasteczkach, z własnych spostrzeżeń, z opowiadań kolegów wolno praktykujących i lekarzy rządowych, a także od mnóstwa światłych i poważnych ludzi. Dlatego też śmiem twierdzić, że stosunki lekarza gminnego do burmistrza małomiasteczkowego są czasami takiego rodzaju, że biedny kolega nasz, lekarz gminny, ma krzyż pański do zniesienia, a musi znieść, bo takie są obecnie smutne stosunki, że nawet 500 złr. płacy dla człowieka, który ciężką pracą wieloletnią dobił się dyplomu lekarskiego, uważa się za dostateczną płacę!

Dziwi mnie zarzut Dra Merunowicza, iż chciałem w błąd wprowadzić czytającego, mówiąc o mnogości obowiązków lekarza okręgowego. Wypisałem litanię tych spraw tylko dla przeciwstawienia obowiązków z tą płacą i z temi prawami, które on posiada, bo co do tych ostatnich — niema prawie żadnych.

Dr. Merunowicz mówi iż „to jest jasnem, że ustawa chce mieć w instytucyi lekarzy gminnych i okręgowych przedewszystkiem organa dla leczenia chorych". Przepraszam bardzo, ale obowiązek leczenia niknie wobec kilkudziesięciu innych obowiązków policyjno-sanitarnych, z leczeniem ubogich nic nie mających wspólnego.

Nie jestem przeciwnikiem organizacyi służby zdrowia w gminach, za jakiego chce mnie uważać Dr. Merunowicz, lecz mam przekonanie, że ta nowa troska rządu o zdrowie publiczne zbyt drogo kosztuje kraj, na który cały ciężar składa, a z drugiej strony, że te dobre chęci rządu zaprowadziły go na manowce, na których nic nie wyrośnie dobrego dla kraju! Różnica między rządowym a autonomicznym urzędnikiem jest ta, że pierwszy nie liczy się z zasobami kraju, a drugi ma je zawsze na oku.

Zdania Dra Merunowicza, że żyjemy w tych czasach „kiedy każdy opłacający podatek ma prawo wglądać w czynności funkcyonaryuszów publicznych, byle ta kontrola była rzeczowa, nie uciążliwa i nie ubliżająca", podzielić nie mogę, bo w coby się obróciła cała administracya, gdyby każdy płacący podatek chciał zaglądnąć naprzykład, w czynności funkcyonaryuszów c. k. Namiestnictwa, lub Wydziału krajowego? Jestem przekonany, że każda instytucya ma tyle własnych obowiązków do spełnienia, że mieszanie się do spraw, wchodzących w zakres działania innych, szkodę tylko przynosi, bo psuje pracę, przeszkadza, tamuje bieg naturalny, wyradza niezadowolenie i rozgoryczenie, a korzyści nie przynosi żadnej.

Dr. Merunowicz powiada: „że zgadza się ze mną, iż instytucya lekarzy okręgowych nie przyniosła spodziewanych korzyści, a w szczególności, że stosunek lekarza do chorych w jego okręgu nie jest takim, jakim być powinien". Wszakże to samo zdanie przeprowadzam w całym artykule moim, przeciwko któremu tak ostro występuje Dr. Merunowicz. Zkąd więc pochodzi oburzenie jego? Jeżeli zgadzamy się obaj na to, że dotychczas instytucya ta nie przyniosła spodziewanych korzyści, to czy nie czas zatrzymać się na fałszywej drodze, i nie tworzyć coraz to nowych okręgów i coraz większych a niepraktycznych ciężarów nie wkładać na kraj tak niebogaty, jak nasz? Czy to nie będzie logiczniej?

I czyż Dr. Merunowicz sądzi, że wszystkie zarzuty, podniesione przezemnie, sam wymyśliłem? Zarzuty te wyno-

towałem z rocznych sprawozdań lekarzy okręgowych, które i Dr. Merunowicz zapewne czytał, czerpałem z pogadanek z lekarzami okręgowymi, z lekarzami rządowymi i z różnymi ludźmi światłymi i bez uprzedzenia patrzącymi na rozwój tej nowej instytucyi.

Zaledwo poruszyłem tę sprawę w „Przeglądzie lek.", natychmiast odezwał się głos jednego z lekarzy okręgowych: „Krytyka sześcioletniej działalności lekarzy okręgowych przez Dra St. Sawickiego, jest zupełnie słuszną i prawdziwą. Lekarz okręgowy, wobec dualistycznego ustroju naszych władz i braku egzekutywy, stoi zupełnie bezsilny ze swymi zamiarami i planami poprawy stosunków sanitarnych powierzonego sobie okręgu. Ustawy krajowe jak i rządowe mają ogromne wady i słusznym jest wniosek, iż w akcyi potrzeba jednolitego działania wszystkich czynników sanitarnych w powiecie, a więc lekarzy rządowych i autonomicznych". Wiele tylko spotkałem ludzi interesujących się tą sprawą, którzy czytali mój artykuł, wszyscy mi mówili: „to coś pan napisał jest zupełną prawdą, bo tak jest w istocie". Dr. Merunowicz żartuje z mojej propozycyi, mówiąc: „Dr. Sawicki przedstawia wniosek, aby czysto autonomiczną instytucyę przekształcić w czysto urzędniczą organizacyę".

Rzeczywiście jest tak. Ja się rachuję z faktem, że u nas rząd wszędzie musi swe palce wsunąć, czy trzeba czy nie trzeba. Lepiej więc będzie, żebyśmy nie następowali jedni drugim na nagniotki. Pracujmy razem i razem idźmy do wspólnego celu — dobra kraju.

A teraz popatrzmy co proponuje Dr. Merunowicz?

„Jak długo, powiada, nie będzie w siedzibie lekarza okręgowego urządzony szpital pod kierunkiem tegoż lekarza, tak długo nie możemy się spodziewać pomyślnych wyników w całej organizacyi służby zdrowia; a nieco niżej: „lekarz okręgowy bez szpitala jest żołnierzem bez broni i w tem leży wskazówka, jak dalej w tym względzie postępować należy".

Jeżeli lekarz okręgowy bez szpitala jest żołnierzem bez broni, to pocóż było tworzyć aż 98 okręgów i wymagać ciągle jeszcze nowych i nowych okręgów; wszakże to znaczy tworzyć tyleż żołnierzy bez broni, czyli inaczej powiedziawszy, — tyle posad bezużytecznych. Szkoda że rząd, przedstawiając ustawę pod uchwałę Sejmu, nie wypowiedział jaśniej, że, razem z kreowaniem lekarzy okręgowych, potrzeba będzie w każdym okręgu urządzić szpital; może by ta sprawa otrzymała inne rozwiązanie.

Czy Dr. Merunowicz porachował coby kosztowało urządzenie i administracya choćby tylko 98 szpitali w tych okręgach, które są aktywowane?

Przykład Rosyi, który przedstawia Dr. Merunowicz, dla tych, którzy dobrze znają to państwo, nawet przy dzisiejszym wysokim jego rozwoju, nie stanowi nic zadziwiającego, bo są gubernie rosyjskie, większe od całej Austryi, cóż więc naturalniejszego, że w gubernii, zwłaszcza bogatszej, naliczyć można 100 lub 150 szpitali, razem z prywatnymi. Przytem takiej moskiewskiej guberni, z jej ogromną i bogatą stolicą, nie należy porównywać, co do ilości łóżek, z Galicyą, a z Dolną Austryą; wtedy się przekonamy, że ta ostatnia stoi daleko wyżej.

Kończę. Spodziewałem się, że ze starcia zdań wytryśnie prawda i korzyść dla kraju; niestety, wytrysło coś zupełnie niespodziewanego, — bo skarga na mnie do Sejmu...

Dr. J. Stella Sawicki.

Na uwagi powyższe Dra St. Sawickiego otrzymaliśmy następującą odpowiedź:

Ażeby ogół czytelników „Przeglądu lekarskiego" mógł sobie wyrobić własne zdanie o instytucyi lekarzy okręgowych, sądzę, iż będzie najlepiej, jeżeli streszczę zapatrywania na tę sprawę Dra Sawickiego i moje.

Otóż Dr. S. uważa — wskutek zupełnie wadliwej ustawy i instrukcyi — instytucyę lekarzy okręgowych, jako zupełnie chybioną, niepotrzebnie kraj obciążającą i pragnie, aby rząd objął tę instytucyę na swój koszt; zanim to jednak nastąpi, należy się wstrzymać z dalszą organizacyą.

Ja zaś uważam ustawę krajową z r. 1891 o organizacyi służby zdrowia w gminach za wystarczającą, aby osiągnąć cel zamierzony, t. j. poprawę zdrowotności w kraju; a jeżeli dotychczasowa organizacya lekarzy okręgowych nie odniosła jeszcze takich korzyści, jakby się spodziewać należało, to przyczyna leży w tem, że za mało jest szpitali w kraju i pragnę, aby lekarz okręgowy miał pod swym kierunkiem szpitalik, — lub lokal dla chorych, jak go ustawa nazywa, — co do rozmiarów zastósowany do zasobów materyalnych ludności.

Na wszelkie docinki Dra Saw. w drugim artykule nie odpowiadam, bo to sprawy nie wyjaśni.

Zaznaczam tylko, że gdyby rząd, idąc za radą Dra Saw., objął instytucyę lekarzy okręgowych w swe ręce i na swój koszt, to nie uczyniłby tego za obce pieniądze, lecz za pieniądze opodatkowanej ludności.

Dr. S. ocenia użyteczność lekarzy i szpitali jedynie ze stanowiska obciążenia funduszu krajowego. Wprawdzie mamy prawo od krajowego inspektora szpitali wymagać innego zapatrywania na działalność lekarzy i użyteczność szpitali, ale nawet i z tego wychodząc punktu widzenia, wskutek zmniejszonej śmiertelności w kraju, — nie licząc wartości życia ludzkiego, — samo zaoszczędzenie wydatków na pogrzeby i wydatków z nimi nieodłącznych, opłaciłoby pomnożenie ilości lekarzy okręgowych i szpitali.

Nikt nieuprzedzony nie zaprzeczy, że do zapewnienia skuteczności leczenia szerszych warstw ludności, szpitalik (lokal dla chorych) lekarzowi okręgowemu jest niezbędnie potrzebnym. Jeżeli więc kraj stworzył instytucyę lekarzy okręgowych, musi zaopatrzyć ich także w to, co tej instytucyi zapewnić może pełną użyteczność. Rozumiem, że nie od razu wszyscy lekarze okręgowi mogą mieć pod ręką takie lokale dla chorych, lecz w miarę środków pieniężnych,— jakiemi powiat lub okręg rozporządza, — do tego dążyć należy. Rzeczą jest Sejmu, reprezentacyi gmin i powiatów myśleć o tem, z jakich źródeł czerpać na ten cel środki pieniężne, ale nie jest rzeczą lekarzy dowodzić, że wydatki na lekarzy okręgowych i na szpitale są zbytecznem obciążeniem ubogiego kraju.

Zresztą już obecnie same reprezentacye powiatów mają odmienne zapatrywanie na użyteczność szpitali, niż krajowy inspektor szpitali. W roku ubiegłym wybudowano kosztem powiatu szpitale w Lubaczowie i Przemyślanach; takim samym kosztem jest na ukończeniu budowa szpitala w Husiatynie; rozpoczęto budowę w Dolinie i Gorlicach; zebrano fundusze potrzebne w Lisku, Bóbrce, Kałuszu, Kamionce, Krośnie i Dynowie. Rozchodzi się więc jedynie o to, aby mniejszych szpitalików nie oddzielano od instytucyi lekarzy okręgowych, lecz aby wznoszono takie budynki w siedzibie lekarza okręgowego i kierunek szpitala oddawano temuż lekarzowi.

Lwów w lutym 1898.

Dr. Józef Merunowicz.

Izba lekarska wschodnio galicyjska we Lwowie.

Posiedzenie z d. 5 lutego 1898 r.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg. Członkowie: Kiebuziński, Sysak, Lechowski, Bylicki, Pisek, Schramm, Stöckl i Mukowicz. Usprawiedliwili swą nieobecność Drowie Wysocki, Muszkiet i Żukowski.

1) Prezydent zdaje sprawę z czynności Wydziału od ostatniego posiedzenia Izby.

2) Skarbnik zdaje sprawę z czynności kasowych za rok 1897.

3) Dr. Kiebuziński zdaje sprawę z przeprowadzonego skontrum i stwierdza, że wszystko znajduje się w po-

rządku i wnosi udzielenie absolutoryum Wydziałowi. Wniosek przyjęty.

4) Dr. Pisek przedkłada projekt budżetu na rok 1898. Pojedyńcze pozycye podobne do zeszłorocznych, tylko na zapomogi proponuje 450 złr., zaś wysokość opłaty tak jak w poprzednim roku, t. j. 6 złr., z czego 2 złr. na zapomogi.

Dr. Sysak wnosi, by Izba, nim wystąpi z egzekucyą, zawiadomiła delegata, który nieraz łatwo kwotę odpowiednią potrafi ściągnąć. Wniosek ten uchwalony, przyczem Prezydent podaje, że Wydział postępuje w tej sprawie nader oględnie i dopiero wtedy występuje z egzekucyą, gdy już inne sposoby zawiodły.

Dr. Sysak zapytuje, czy Izba zwoła wiec? Dr. Kiebuziński wnosi, by Izba lwowska nie zwoływała wiecu, gdyż nie wie o tem, by lekarze życzyli sobie tego, wnosi by zaczekać, jak wypadnie wiec Izby krakowskiej i czy to lekarzy zainteresuje. Dr. Pisek wnosi, by członkowie zapytali się w swych okręgach, czy lekarze są za wiecem, czy nie. Dr. Bylicki sądzi, że dla zwołania wiecu musiałyby istnieć jakieś ważne sprawy i w takim razie Izba sama może wziąć inicyatywę. Prezydent wyjaśnia, że dlatego podniósł myśl wiecu, by Izba mogła zasięgnąć opinii lekarzy, co do niektórych spraw, jak n. p. sprawa zaopatrzenia; a nawzajem poinformować ogół lekarzy co do innych spraw. Dr. Sysak sądzi, że gdyby tylko sprawa zaopatrzenia była na porządku dziennym, to już powodzenie byłoby zapewnionem; druga ważna sprawa, interesująca wszystkich, jest sprawa kas chorych, dalej sprawa taks sądowo lekarskich. Wniosek Dr. Piska przyjęto i na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Festenburg.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej w Krakowie w dniu 13 stycznia b. r. uchwalono:

1) Udzielić tytułem jednorazowej zapomogi po 50 złr. p. E. S. z Tarnowa, p. T. K. z Krakowa, 50 złr. w dwóch półrocznych ratach p. M. S. z Krakowa i kwotę 100 złr p. M. Z. z Nowego Sącza.

2) Uwolniono od opłaty taksy, przypadającej na rzecz Izby lekarskiej p. p. M. L. z Krakowa i L. G. z Tarnowa.

3) Uchwalono odstąpić sprawę ogłoszeń Brodzica Radomskiego tut. Magistratowi.

4) Uchwalono ogłosić sprawozdanie z czynności Izby w r. 1897 drukiem w formie dotychczasowej.

5) Następnie Wydział Izby lek., jako Rada honorowa, uchwalił wyznaczyć rozprawę w sprawie Dr. U. przeciw Dr. S. z Makowa, na dzień 29 b. m.; zaś w sprawie Dr. D. przeciw Dr. D. z Kęt przesłać zażalenie oskarżonemu do wyjaśnienia. *Dr. Łazarski.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 17 Lutego.

* Sprawa „Sekcyi prasowej“ na Zjeździe tegorocznym w Poznaniu, poruszona przez Dr. Ciechanowskiego w ostatnim Nrze „Przeglądu lekarskiego“, jest sprawą dobrej woli interesowanych i niezawodnie posiada znaczenie aktualne. Nie ulega wątpliwości, że istnieją pewne strony wydawnictw lekarskich, które, na zbiorowem ich roztrząsaniu, zyskać muszą; a jeśli sprawy podniesione, jak sądzić należy, będą miały ogólny charakter, to tylko na Zjazdach lekarskich mogą być przedyskutowane. Gdyby nawet wynik praktyczny tych obrad wypadł na razie znikomo, samo powołanie do życia „Sekcyi prasowej“ już by znaczyło postęp na przyszłość, jako instancya dla spraw wydawniczych, których dziś może nie być, lecz jutro życie je przyniesie. Z tego wychodząc stanowiska, polecamy myśl Dr. Ciechanowskiego uwadze Komitetu gospodarczego, żywiąc nadzieję, że może w tej sprawie odezwą się głosy, które staną się wskazówką dla organizatorów tegorocznego Zjazdu w Poznaniu.

* *Časopis lékařů českých*, stosownie do uchwały walnego zgromadzenia „Spolku českých lékařů“ w Pradze, przechodzi pod redakcyę doktorów: Wellnera, Veselýego i Vlasáka.

* XVI-ty Zjazd internistów niemieckich zbierze się w Wiesbadenie między 13 a 16-tym kwietnia. Z porządku dziennego wyjmujemy dwie ważne sprawy, które mają być poddane pod dyskusyę zgromadzenia: 1) »O nauczaniu klinicznem« mówić będą Ziemssen i Jacksch; 2) »O samozakażeniu z jelit i o antyseptyce przewodu pokarmowego« zdadzą sprawę Müller (z Marburga) i Brieger.

* Na konkursie, ogłoszonym przez redakcyę »Wiener Mediz. Wochenschrift« otrzymali pieniężną nagrodę za najlepszą pracę, która okazała się w ciągu roku 1897: prof. Dr. Obaliński i Dr. Koschinger z Wiednia.

* Dzięki szczerym usiłowaniom Prof. Dra Jordana, oraz uczuciu sprawiedliwości sejmowej komisyi sanitarnej i Wysokiego Sejmu, sprawa emerytury niektórych lekarzy szpitalnych na prowincyi została rozstrzygniętą na ich korzyść i zgodnie z zasadami słuszności.

* Wysoki Sejm udzielił *veniam aetatis* Dr. Stanisławowi Jabłońskiemu w Rzeszowie.

* Dr. Stella Sawicki, zasłużony inspektor szpitali galicyjskich, obchodził we Lwowie 12-go b. m jubileusz 25-letniej działalności na polu pracy zawodowej. W uroczystości wzięło udział nader liczne grono umyślnie przybyłych do Lwowa lekarzy szpitalnych z prowincyi, którzy ofiarowali jubilatowi album pamiątkowe. Imieniem lekarzy lwowskich przemówił prof. Dr. Ziembicki; w odpowiedzi jubilata brzmiała szczera nuta koleżeńska i wzniosłe zasady obywatelskie. Wspólna wieczerza w kasynie ziemiańskiem zakończyła tę uroczystość, która świadczy o szczerem uznaniu, jakiem się cieszy wśród lekarzy inspektor naszych szpitali.

Nekrologia. Zmarli: Józef Markl, lekarz miejski, zmarł w Warężu, w 65 r. życia. Adam Stolarski zakończył życie w Józefowie, gub. lubelskiej. Witold Kamieński, wychowaniec uniw. św. Włodzimierza — zmarł w 40 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Gazecie Lekarskiej“ (Nr. 7): Kramsztyka Z.: Tętnica ciała szklistego, zmętnienie u tylnego bieguna soczewki, jaskra. Dra Finkielkrauta: Przypadek »rupturae vaginae sub coitu«. Męczkowskiego W.: Kilka uwag o obecnym stanie nauki o tężcu, z powodu przypadku tej choroby, leczonego surowicą (dokończenie). Ciągliński. W kwestyi objawów mózgowych przy zapaleniu płuc u dzieci. W „Medycynie“ (Nr. 7): Palmirskiego: W sprawie wścieklizny u zwierząt domowych. Leszczyńskiego L.: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych? (ciąg dalszy). W „Nowinach lekarskich“ (Nr. 2): Dra Drobnika: Radykalna operacya wolnych przepuklin pachwinowych u dzieci. Dra Bogdanika: Dziesięcioletnie sprawozdanie ze szpitala w Białej. W „Kronice lekarskiej“ (Nr. 3): Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy. Dra Jaworskiego: Szpital wolski.

Redakcya otrzymała:

— Gajkiewicz Wł.: Chirurgia mózgu i rdzenia kręgowego. Warszawa, 1898.

— Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. Dra Korczyńskiego. Zeszyt XIX. Kraków, 1897.

— Prof. Gluziński: Eine neue Reaction auf Gallenfarbstoffe. Wiedeń, 1898.

— Prof. Gluziński i Lemberger: O wpływie braku gruczołu tarczykowego w organizmie zwierzęcym na wymianę materyi. Kraków. Nakładem Akademii Umiejętności, 1897.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 23-go Lutego, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Dr. Krzyształowicz: przedstawi chorych z oddziału Prof. Dra Zarewicza.

2) Kol. Prof. Dr. Bujwid mówić będzie: O leczeniu tężca surowicą.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 26. Lutego 1898. Nr. 9.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiel.

Zestawił

Prof. Dr. Leon Wachholz.

III. Uduszenie gwałtowne czy utopienie? Morderstwo, samobójstwo czy wypadek?

Dnia 1. września 1895 r. zginęła we wsi O. *ad* P. podeszła wiekiem kobieta, Ewa S., która, sprzedawszy na kilka tygodni przedtem swą własną chatę, zamieszkała u brata swego Jacka S., a właściwie u syna jego Michała S., gospodarza wiejskiego, żonatego i ojca dzieci. Ewa pomagała odtąd bratu, a względnie bratankowi, przy żniwie, w robotach polnych, oraz pasała im bydło. Wedle niemal zgodnych zeznań świadków pożycie Ewy z bratem, bratankiem i ich żonami miało być ciche i zgodne, a tylko przed wójtem, Stefanem D., miała się Ewa żalić na Jacka, że nie zaspokoił jej spadkowej pretensyi, oraz, że tak Jacek, jak i jego syn Michał, są dla niej nieprzychylnie usposobieni. Liczni świadkowie zeznają, że Ewa, uskarżając się przed nimi na swój los wdowi, niejednokrotnie objawiała zamiar odebrania sobie życia przez utopienie. Dnia krytycznego bawił Michał S. poza domem, t. j. częścią w mieście P., częścią w karczmie; Ewa zaś pasła bydło aż do zmierzchu. Wieczorem udał się Jacek na pastwisko do siostry, odebrał od niej jednę krowę i pasł ją dalej, drugą zaś krowę popędziła Ewa ku domowi. Tu przybywszy, oddała krowę Katarzynie, żonie Michała, poczem oddaliła się i znikła bez śladu. Nazajutrz zauważył Michał brak łańcucha od wozu, leżącego zwykle pod oknem chaty.

W niespełna tydzień po zniknięciu Ewy S., t. j. 6-go września, zauważyła 15-letnia dziewczyna Olga S., pływające na stawie dworskim zwłoki ludzkie, odziane, grzbietem zwrócone do góry.

Z polecenia Urzędu gminnego wydobyto zwłoki ze stawu i wówczas rozpoznano, że są one zwłokami Ewy S. Były one odziane w starą koszulę i kaftan, głowę miały osłoniętą chustkami, szyję zaś okręconą ciężkim łańcuchem od wozu stanowiącym własność Michała.

Ponieważ obudziło się podejrzenie, iż Ewa postradała życie wskutek działania obcej ręki, przeto, na wniosek Prokuratoryi Państwa w P., zarządzono śledztwo wstępne przeciw Jackowi i Michałowi S., jako podejrzanym o zbrodnię morderstwa. Zarządzone natychmiast oględziny lekarskie obu obwinionych, w kierunku ewentualnych obrażeń, jako śladów obrony, wypadły, co do Jacka, całkiem ujemnie, podczas gdy Michał okazywał ranę dartą na skórze wskazującego palca prawego, koło stawu, między kością śródręcza a pierwszą falangą.

Atoli, zgodnie z podaniem obwinionego, wyjaśnił jeden ze świadków, iż ranę tę odniósł Michał wskutek uderzenia kopytem końskiem.

Równocześnie zarządzono oględziny i sekcyę zwłok, które uskutecznili na miejscu znawcy sądowi, Drzy D. i S. Protokół sekcyi opiewa:

„Przedewszystkiem musimy zauważyć, iż chustki, któremi owiniętą była głowa i twarz denatki, tudzież łańcuchy, okręcone około szyi, zostały w sposób bardzo niewłaściwy, przed przybyciem na miejsce komisyi, z trupa pozdejmowane, wobec czego usunięto nam możność ścisłego ocenienia, czy i o ile sprawa ta mogła być w związku przyczynowym ze śmiercią denatki. Tem trudniej przyjdzie nam oceniać tę okoliczność li tylko ze zmian, znalezionych przy autopsyi trupa znajdującego się już w wysokim stopniu zgnilizny.

Z e w n ę t r z n i e: Zwłoki kobiety, której ani rysów twarzy, ani też wieku, z powodu rozdęcia gazami gnilnymi i czarno-zielonej barwy twarzy, rozpoznać niepodobna. Reszta ciała, t. j. kark, szyja, górna część ramion, piersi, podbrzusze — również brudno-zielone: w wielu miejscach duże bąble, napełnione cieczą czerwonawą, w innych oddzielony w dużych płatach zmacerowany przyskórek. Gałki oczne wysadzone, język z ust wyparty i zaklinowany między zębami. Z powodu silnego wzdęcia skóry gazami gnilnymi, oraz z powodu silnej zgnilizny, nie znaleziono żadnych śladów uszkodzenia, świadczących o przebytej przedśmiertnej walce, lub też będących wynikiem sposobu zadanej śmierci. Skóra na dłoniach i podeszwach mocno zmacerowana, tak, iż jak rękawiczka oddziela się od palców i wraz z paznogciami złazi. Na palcach nie znaleziono żadnych obrażeń, pod paznogciami, zresztą całkowicie pościeranymi, nie znaleziono nic (włosów, przyskórka i. t. p.). Trup odziany jest w starą połataną koszulę, ciemno-granatowy kaftan i jakąś starą spodnicę lub fartuch. Ani z ust, ani z nosa trupa nie wydziela się żadna ciecz, mimo długiego spoczywania zwłok w wodzie. Przed przystąpieniem do sekcyi przeprowadzono dezinfekcyę trupa, szerzącego odrażliwą woń zgnilizny i pokrytego całemi masami robactwa i poczwarek.

W e w n ę t r z n i e: Miękkie powłoki czaszki soczyste, odstające od kości czaszkowych, przesiąkłe jednostajnie ciemną, płynną krwią, bez śladów uszkodzenia. Kości czaszki grube, nie uszkodzone; opony mózgowe twarde i miękkie, przyćmione, zielono zabarwione. W zatokach żylnych krew ciemna, syropowata. Mózg rozpłynięty, podobny do sino-zielonej papki, z którego to powodu zmian patologicznych, w szczególności co do stanu ukrwienia, dojrzeć niepodobna; ograniczonego wynaczynienia w istocie mózgowej,

ani też na zewnątrz jej, nie znaleziono. Na podstawie czaszki niema nic godnego uwagi. Po otwarciu sposobem właściwym krtani i przewodu tchawicznego, tudzież oskrzeli, nie znaleziono tam, prócz jednostajnie sino-zielonego zabarwienia błony śluzowej, pochodzącego najniezawodniej od zastoju żylnego (biernego przekrwienia), żadnej zresztą cieczy, ciał obcych, jak również i żadnego uszkodzenia. Jama ust nie zawiera ciał obcych lub płynu. Płuca obustronnie przyrośnięte staremi przyczepinami ścięgnistemi do opłucnej żebrowej; osobliwie płuco prawe. Miąższ płuc barwy łupkowo-sinej, bardzo wiotki, na przekroju nader mało cieczy zawierający, prawie suchy, tak iż nawet z oskrzeli drobnych za uciskiem nie dobywa się żadna ciecz (objawów obrzęku płuc niema zupełnie). Worek sercowy obficie obrosły żółtym tłuszczem, toż samo i serce, nieco powiększone we wszystkich kierunkach, okazuje objawy stłuszczenia, mięsień serca bowiem jest barwy żółtawo-zielonawej, bardzo wiotki, w palcach łatwo dający się rozgniatać. Lewa komórka próżna, prawa zaś zawiera krew ciemną, syropowatą; w żyle czczej wstępującej i zstępującej (vena cava sup. et infer.) krew ciemno-płynna. Wątroba barwy żółtawej, o brzegach zaokrąglonych, nieco powiększona; miąższ jej kruchy, pozostawiający na nożu tłustą smugę (stłuszczona); śledziona prawie rozpadająca się, miąższ jej konsystencyi powidlanki, barwy prawie czarnej. Nerki wielkości prawidłowej, torebka z łatwością dająca się oddzielić, piramidy nerkowe ciemnosine, mocno odgraniczone od reszty żółtawego miąższu. Żołądek zawiera mierną ilość bardzo gęstej papki pokarmowej, zawierającej miazgę kartoflaną i chlebową. Płynu w żołądku nie znaleziono. Błona śluzowa żołądka barwy zielonawej, trupio rozmiękła, dająca się z łatwością grzbietem noża zeskrobywać. Takiż sam obraz przedstawia błona śluzowa jelit cienkich i grubych, w których znajduje się nadto nieco zbitego kału i bardzo znaczna ilość gazów rozkładowych, które zapomocą przekłócia jelit poprzednio wypuszczono. Pęcherz i macica nie okazują nic uwagi godnego.

O r z e c z e n i e. Pomimo bardzo znacznego stopnia ogólnej zgnilizny, w szczególności zaś głowy i szyi trupa, na podstawie znalezionych zmian zewnętrznych i wewnętrznych, dajemy zgodnie następujące orzeczenie: A) że denatka zmarła śmiercią gwałtowną i to wskutek uduszenia, zaczem przemawiają zmiany, znalezione na trupie, a w protokole *(sub* i t. d.) podane.

Wobec znacznych zmian gnilnych, nie mamy żadnych danych do rozstrzygnięcia sposobu, w jaki uduszenie wykonano, mianowicie czy takowe wywołano zagardleniem, czy też zatkaniem ust i nosa przedmiotem, uniemożliwiającym przystęp powietrza do płuc; atoli można przypuszczać, iż uduszenie wykonano zagardleniem, względnie zatkaniem ust i nosa chustką, kocem lub nawet ręką, albowiem zadzierzgnięcie (Erdrosselung) sznurem, łańcuchem lub czemś podobnem pozostawiłoby było charakterystyczny rowek, lub inne znaki, względnie uszkodzenia, wykazalne nawet na zgniłym trupie.

Jakkolwiek trup przez kilka dni pozostawał w wodzie i przedstawia wszelkie znamiona namoknięcia (zmacerowania rąk i nóg), mimo to z całą stanowczością orzekamy, że denatka nie zginęła śmiercią z utopienia, w całym bowiem trupie, w szczególności w narządach, jako to w ustach, krtani, tchawicy, grubych oskrzelach, dalej — w żołądku, nie znaleziono ani kropli jakiegokolwiek płynu, a tem mniej cieczy bagnistej, w której denatkę znaleziono. Denatka dostała się zatem do wody jako trup.

Na zapytanie Sądu: czy obwinięcie głowy i twarzy chustkami, tudzież założenie łańcuchów na szyję, mogło wywołać śmierć denatki z uduszenia, odpowiadamy: jakkolwiek nie można stanowczo wykluczyć możliwości uduszenia u 70-letniej schorzałej kobiety, dotkniętej nadto przerostem i stłuszczeniem serca, w sposób taki, jaki podają świadkowie, mianowicie przez zaciśnięcie pętli łańcucha o grubych ogniwach, wszelakoż, wobec braku jakichkolwiek danych zewnętrznych, przypuszczenie takie niema żadnych przedmiotowych podstaw".

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. **Ze szpitala Wilhelminy w Wiedniu (Dyrektor Dr. Toelg).**

Przetwory wątroby i ich zastosowanie w leczeniu chorób wewnętrznych.

Podał
Dr. Walenty Jeż.

Swoiste leczenie chorób wewnętrznych przedstawia dzisiaj trzy prawie oddzielne działy, z których każdy dla siebie posiada swoje całkiem odmienne uzasadnienia i podstawy teoretyczne, a poniekąd i praktyczne. Jeżeli jeszcze przed kilkoma dziesiątkami lat wszechpotężny nihilizm leczniczy panował wśród lekarzy, to dzisiaj, z pośród niezliczonej liczby środków, swoiście i nieswoiście działających, jest dla lekarza tylko trudny wybór, któremu ze wszech stron szumnie zachwalanemu środkowi, ma w swej praktyce oddać pierwszeństwo. Trzy główne działy swoiście działających leków, obejmujących wszystko, co w najnowszych czasach przyniosły nam badania w zakresie chemii, bakteryologii, oraz badania, usiłujące wyjaśnić działanie narządów ludzkiego ustroju, nie stanowią jeszcze dzisiaj pełnej całości; przeciwnie znajdując się w rozwoju, niewiele dostarczyć nam mogą środków rzeczywiście działających swoiście; większość zaś, na razie cieszy się niezasłużoną sławą, ale niedługo, zwykle ustępuje miejsca środkowi nowemu i popada w zupełne zapomnienie.

1. Jeden z tych trzech d z i a ł ó w s w o i ś c i e d z i a ł a j ą c y c h l e k ó w z a j m u j ą ś r o d k i f a r m a k o l o g i c z n e. Ilość ich ogromna: każdy prawie dzień przynosi nam nie jeden, ale całe tuziny swoistych środków farmakologicznych, przeciw tej lub owej chorobie, ogłaszanych nietylko w dziennikach zawodowych, ale szumnie i wszechstronnie zachwalanych (co z ubolewaniem podnieść należy) i w czasopismach politycznych. Wytwórczość chemiczna ciągle wysila się, by środek leczniczy otrzymać czysty, czy to ze świata roślinnego, czy też mineralnego, który, jako swoiście działający, bywa ogłaszany *orbi et urbi*, albo też zmięszany z innymi, już znanymi środkami, jako *mixtum compositum*, do lecznictwa bywa wprowadzany. Dla przykładu wspomnę tu tak obszerny zbiór środków przeciwgorączkowych, nasennych, przeciwgośćcowych i t. d., które znają nietylko lekarze, ale i publiczność, a łatwo pojąć, że leki mnożące się w tak wielkiej liczbie, nie mogą być w żaden sposób dostatecznie wypróbowane i ztąd też pochodzi, że po niesłusznem najczę-

ściej zachwalaniu i polecaniu, po niedługim czasie wycofuje się je z obiegu.

II. Z rozwojem bakteryologii i odkryciem drobnoustrojów swoistych dla różnych chorób, z poznaniem własności biologicznych tych drobnoustrojów, ich sposobu działania w ciele ludzkiem, musiał się zmienić kierunek leczenia tych chorób. Próbowano więc i stósowania wytworów wydzielniczych z laseczników swoistych, aby przeszkodzić dalszemu rozwojowi drobnoustrojów, podawano je, po poprzedniem osłabieniu ich żywotności; lecz wszystko to nie z wielkiem, jak do dziś dnia, powodzeniem. Nie były bez wpływu na te usiłowania wskazówki, przekazane nam przez Jennera i późniejsze badania Pasteura. Poszukiwania nad uodpornieniem ustroju przyniosły nie małe zdobycze, mające na oku przysposobić ustrój do zwalczania szkodliwego działania bakteryj przez wprowadzenie doń różnych przetworów. Wreszcie spostrzeżenia, że surowica zwierząt, uodpornionych przeciw pewnym drobnoustrojom, posiada własności nietylko uodporniające, ale i lecznicze przeciwko tymże drobnoustrojom, ułatwiły otrzymywanie surowic leczniczych (Heilserum), z którym to odkryciem nieoddzielnie wiąże się nazwisko Behringa. Dotychczasowe pomyślne wyniki z surowicą przeciwbłoniczą pozwalają dobrze na przyszłość rokować; to też nie dziw, że główne staranie w leczeniu chorób zakaźnych ześrodkowuje się dzisiaj około otrzymania surowic leczniczych. Epoka surowic leczniczych należy dzisiaj do najważniejszych zagadnień medycyny, zawierając w sobie coś, co dla nas jest jeszcze prawie zupełną tajemnicą. To też słusznie Virchow, zastanawiając się na ostatnim zjeździe lekarzy nad sprawą surowic i ich działaniem na ustrój, powiedział, że sprawa ta pozostaje dzisiaj, pomimo rozmaitych teoryj, niewytłómaczoną. Nie mam zamiaru bliżej roztrząsać tej sprawy; chciałbym to bowiem przy innej sposobności podnieść, kiedy przedstawię wyniki moich badań nad działaniem surowic na choroby zakaźne, w szczególności na dur brzuszny, a które to badania nie są jeszcze zupełnie ukończone; we właściwym czasie nie omieszkam o nich donieść i obszerniej nieco zastanowić się nad sprawą surowic leczniczych.

III. Trzeci wreszcie dział stanowi leczenie chorób zapomocą **wyciągów, otrzymanych z rozmaitych narządów, czyli tak zwana organoterapia**. Jak dział drugi stanowił ścisły związek między etyologią chorób zakaźnych i działaniem surowic i głównie starał się przyczynić do usunięcia lub też zniszczenia przyczyny, tak znów organoterapia nie ma nic wspólnego z etyologią chorób, a polega na wprowadzeniu do ustroju swoistych istot chemicznych, najczęściej istoty gruczołowej, które dla ustroju są niezbędne, i według Brown-Sequarda posiadają własności „dynamogeniczne“, a z niemi i własności lecznicze. Ogólne prawie zapatrywanie, że zadanie gruczołów w ustroju polega na usunięciu szkodliwych z niego istot, lub też uczynienie ich nieszkodliwemi, było powodem, że w leczeniu chorób zaczęto stósować rozmaite wyciągi z gruczołów, będących w pewnym możliwym związku z tą lub inną chorobą. W ten sposób wytworzył się cały szereg przetworów, tak, że dzisiaj słusznie powiedzieć możemy, że niema prawie narządu w ustroju, któryby nie był stósowany w lecznictwie. Liczba tych środków rośnie również z każdym dniem, mimo że nie zupełnie odpowiedziały swemu zadaniu w przeważnej części przypadków chorobowych, a bardzo często zawiodły pokładane w nich nadzieje. Pomiędzy tymi przetworami najważniejsze obecnie zajmuje miejsce wyciąg z gruczołu tarczykowego, a w ogóle powiedzmy, gruczoł tarczykowy, który czy w tej czy w innej postaci podawany, okazał się, jako dzielny środek w leczeniu obrzęku śluzakowego *(myxoedema)* ogólnego otłuszczenia, chociaż w chorobie Basedowa działanie lecznicze tego gruczoł nie przez wszystkich autorów zostało uznane, jako pomyślne. Słusznie też Ewald na 14-tym Kongresie lekarzy w Wiesbadenie powiedział, *dass wir in der Schilddrüsenbehandlung ein ebenso mächtiges wie in seiner Wirkungsweise vielfach räthselhaftes therapeutisches Agens in Händen haben.*

Mniej dzielnymi okazały się przetwory innych gruczołów, jak spermina, pankreatyna, nerwina, kardina, nefryna, muskulina i t. d.

Na podstawie spostrzegań klinicznych i badań laboratoryjnych podnoszono wielkie znaczenie, jakie posiada czynność wątroby w rozmaitych chorobach, jak niemniej wykazano, że pomiędzy niektóremi chorobami (n. p. diabetes hepatogenes), a czynnością wątroby zachodzi bardzo ścisły związek (Seegen, Claude Bernard, Boas, Maffucci i Sirleo, Cassaet i Mongour i t. d.). Stwierdzono dalej, że wątroba jest w ustroju rodzajem sączka, na którym wszystko szkodliwe i niepotrzebne się osadza, że jest ona zbiornikiem, w którym gromadzą się zapasy materyałów, dla ustroju potrzebnych, że wreszcie ma za zadanie neutralizowanie trucizn, wprowadzonych do ustroju, lub też w samym ustroju wytworzonych, jak też niemniej stanowi wał ochronny przeciwko zakażeniu. **Roger** w ostatnim czasie przeprowadził doświadczenia na zwierzętach, celem dowiedzenia się, jaką rolę odgrywa wątroba w zakażeniu. Wstrzykiwał on królikom hodowle bakteryj wąglika (antrax) do naczyń żylnych i tętniczych, poczem zwierzęta po jakimś czasie zdechały. Kiedy zaś hodowle takie wprowadził do żyły bramnej, pozostawały one przy życiu, i to nawet wtedy, gdy powiększył ośm razy dawkę. Wobec tego ciekawą było rzeczą dowiedzieć się, o ile wątroba, wprowadzona w tej lub owej postaci do ustroju, posiada własności lecznicze i to nietylko w chorobach samejże wątroby, ale też i w schorzeniach innych. Już Brown-Sequard stósował, w chorobach miąższu wątrobowego, tak zwany *hepatyn*, przetwór otrzymany z wątroby, jednak z wynikiem dosyć wątpliwym. Pragnąc mieć własne w tym względzie doświadczenia, stósowałem prawie cały rok w rozmaitych cierpieniach przetwory otrzymane z wątroby i, o wyniku mych badań, chciałbym w krótkości pomówić.

Ze względu na sposób, w jaki otrzymywałem przetwory z wątroby do mych doświadczeń, podzielę je na 4 kategorye, nadmieniając, że używałem do tego wątroby cielęcej, pochodzącej ze zdrowych bydląt, dostarczanej mi zaraz po zabiciu zwierzęcia.

I. **Sok z wątroby, wyciśnięty zwyczajnym sposobem i przesączony.**

Stósowałem go w dwojaki sposób: a) jako taki, bez żadnej domieszki i b) utleniony. Dawka dzienna wynosiła 100·0. Podawałem go w następujących przypadkach: 1) Dwa razy u ludzi zdrowych; 2) w 3 przypadkach marskości wątroby przerostowej; 3) w 2 przypadkach duru brzusznego (2 i 3 tydzień); 4) w 1 przypadku ozdrowienia po durze brzusznym; 5) w 2 przypadkach zapalenia płuc dławcowego. Streszczając moje wyniki, ze stósowania tego przetworu, wyznać muszę, że są one zupełnie ujemne. Chorzy

z niechęcią zażywali ten przetwór, na przebieg choroby nie wywierał on żadnego wpływu; badanie przebiegu gorączki, zachowania się tętna, nie wskazywały na zmiany, któreby należało odnieść do działania tego przetworu; niemniej ściślejsze badanie chemiczne moczu, tak jakościowo jako też ilościowo, nie wykazywało różnicy; natomiast w kilku przypadkach zauważono rozwolnienie, przyczem jednak badanie stolców nic szczególniejszego nie wykrywało.

II. Wyciąg glicerynowy.

Wyciąg ten podawałem w dawkach 6—10·0 dziennie, lub wstrzykiwałem go podskórnie 1—2·0. Prócz wymienionych w pierwszym dziale chorób, stósowałem ten wyciąg nadto i w ostrym gośćcu stawowym; jednak i w ten sposób podawana wątroba nie okazała żadnego wpływu na wymienione cierpienie. Wśród wstrzykiwań podskórnych dwa razy wystąpiło zaczerwienienie i dosyć znaczne obrzmienie, obok silnych bólów w miejscu zastrzyknięcia, które atoli pod okładami c. *Liquore Bourowi* w przeciągu dwu dni zupełnie ustąpiło.

III. Wyciąg wyskokowy.

Podając wyciąg wyskokowy 6—8·0 dziennie, w przebiegu ostrego gośca stawowego, zauważyłem przez pierwsze dwa dni spadek ciepłoty ciała z 39·5 na 37·6, przyczem widoczne było zmniejszenie się objawów chorobowych, bóle bowiem zajętych stawów były mniejsze, a chorzy, którzy przedtem bezsenne noce spędzali, mogli całą noc zupełnie spokojnie przespać. Zdawało mi się, jakoby ten wyciąg miał swoiste działanie na przebieg gośca stawowego i to w znaczeniu dodatniem. Działanie to jednak utrzymywało się 3 dni, poczem objawy zapalenia stawów na nowo wystąpiły jeszcze z większem nasileniem, mimo, że dawkę wyciągu wyskokowego trzy razy zwiększyłem. Wobec więc tego faktu nie mogę mówić o jakimkolwiek wpływie wyciągu tego na przebieg gośćca stawowego, tem bardziej, że podobne polepszenia zdarzają się bez żadnego leczenia; z drugiej zaś strony badanie moczu i krwi nie wykazywało żadnych zmian, wskazujących na jakiekolwiek działanie tego wyciągu na przemianę materyi. Co się zaś tyczy innych chorób, to podawanie tego przetworu, również żadnego wpływu na nie nie miało.

IV. Wątroba sproszkowana.

Przetwór ten otrzymywałem, susząc wątrobę kilka dni w ciepłocie 45°, a następnie tłukąc ją w moździerzu na delikatny proszek, który, zmięszany z cukrem zwyczajnym lub mlecznym, podawałem chorym w postaci proszku lub pigułek. Proszek wątrobowy podawałem od 0·2 do 2 i 3·0 dziennie; lecz i w tej postaci przetwór ten zawiódł moje oczekiwania.

Nie przytoczyłem historyi chorób, w których przetwory wątrobowe podawałem; sądzę jednak, że byłoby to rzeczą zbyteczną i nudną przytaczać dosyć długie opisy chorób i rozmaite rozbiory, które nic szczególnego nie przedstawiały, tem bardziej, że ujemne wyniki nie wpłynęły na nie w żadnym kierunku.

Streszczając moje doświadczenia, przyszedłem do przekonania, że 1) przetwory wątrobowe, tak jak je stósowałem, mogą być bez szkody nawet w dawkach dosyć dużych chorym podawane; że 2) nie wpływają one zupełnie na przebieg chorób i to nie tylko chorób, odnoszących się do miąższu wątrobowego, ale też i na przebieg chorób gorączkowych i zakaźnych; niemniej nie mają one wpływu na przebieg gorączki, na zachowanie się tętna i wogóle na przemianę materyi w ustroju; że 3) jeżeli czynność wątroby, jak to powyżej wykazaliśmy, niewątpliwie odgrywa wielką rolę w ustroju i stoi w ścisłym związku z powstawaniem różnych chorób, to odnieść to należy do czynności żywych i fizyologicznie funkcyonujących komórek wątrobowych, a które to działanie nie da się zastąpić wprowadzeniem do ustroju schorzałego, w sposób przezemnie podany, przyrządzonych wyciągów i przetworów wątroby, gdyż oddziaływanie na szkodliwe bodźce, tak z zewnątrz jako też i z wewnątrz, na ustrój godzące, jest wyłączną atrybucyą żywego organizmu, wyrazem jego żywotnej siły.

Oto w krótkości zebrane moje, niestety zupełnie ujemne wyniki, jakie otrzymałem z podawania przetworów wątroby. Niewątpliwie organoterapia ma swoje umiejętne uzasadnienie; a jeżeli do dnia dzisiejszego wyniki nie przedstawiają się zbyt świetnie, przyczyny tego szukać należy w tem, że jeszcze dziś niezupełnie dokładnie znamy funkcye narządów, a raczej bardzo tylko skąpe osiągnęliśmy w tym kierunku wyniki. Z rozszerzeniem naszej wiedzy nastąpić musi odpowiednie wykorzystanie całego materyału, wówczas rozjaśnią się nam ciemne obecnie zagadnienia, a organoterapia uzyska swoje zasłużone miejsce.

III. Przyczynek do postępowania bezgnilnego podczas zabiegów położniczych i ginekologicznych.

Podał

Prof. Dr. A. Mars.

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

Doświadczenia moje rozpocząłem z wiosną roku zeszłego, i w tym celu przygotowałem sobie najpierw kompresy płócienne na 50 ctm. długie, a 35 ctm. szerokie; zaopatrzyłem je po rogach tasiemkami, w środku wyciąłem otwór, mający mniej więcej około 10-ciu ctm. w średnicy, aby przezeń ręka swobodnie przeprowadzoną być mogła. Do brzegów tego otworu przyszyłem rękaw długości około 15 ctm., tej co otwór szerokości; na jednej stronie rękaw ten wzdłuż do połowy zostawiłem niezeszyty.

Postępowanie moje obmyślałem jak następuje: Kompres ma leżeć na dolnym odcinku brzucha, okrywać srom, międzykrocze, wewnętrzne powierzchnie ud, do którychby był tasiemkami przywiązany, rękaw zaś ma leżeć w pochwie. Przez otwór w kompresie i przez wyścieloną rękawem pochwę możnaby się dostać ręką do jamy macicznej, niedotykając bezpośrednio ścian pochwy. O ile myśl ta wydała mi się prostą, o tyle była niełatwą do przeprowadzenia, i okazało się, że pierwsze próby były niezupełnie zadawalniające, gdyż płótno do tego się nie nadaje. Wobec tego udałem się w czerwcu roku zeszłego do firmy Reithoffera w Wiedniu, aby mi sporządził takie kompresy z rękawkami z kauczuku. Poleciłem zrobić dwojakie: jedne z dużym otworem i tak szerokim rękawem, aby przezeń ręka przejść mogła z łatwością i drugie, do celów ginekologicznych, z dużo mniejszym otworem i odpowiednio węższym rękawem.

Pierwsze próby robiono na osobach ciężarnych, a gdy te wypadły pomyślnie, poczęliśmy używać tych przyrządów

w przypadkach operacyjnych. Wygotowane przyrządy przechowywano w roztworze sublimatu 1:1000, z którego je dopiero podczas zabiegu wyjmowano.

Przy użyciu tych kauczukowych kompresów z rękawkami wykonano 10 zabiegów a mianowicie:

3 obroty na nóżki, z tych jeden sam wykonałem, dwa zaś I asystent, Dr. Kośmiński;

1 raz zakładałem sam kleszcze na główce wysoko ustawionej;

2 razy wydobył ręcznie łożysko i błony płodowe Dr. Kośmiński;

3 razy wyskrobano jamę maciczną w przypadkach ginekologicznych i to w dwu przypadkach II-gi asystent Dr. Piotrowski, a w jednym praktykant szpitalny, Dr. Czerny;

1 raz wykonałem operacyę rozszerzenia wąskiego ujścia zewnętrznego macicy, *modo* Rosner-Mars.

We wszystkich przypadkach oddały nam te przyrządy bardzo dobre usługi; postępowaliśmy zaś w sposób następujący: przyrząd wygotowany i w roztworze sublimatu przechowany, wkładaliśmy na chwilę przed użyciem do roztworu lisolu, aby się stał ślizkim, co bardzo dobrze osiągnąć się daje. Operator wprowadzał rękę do rękawa przez otwór w kompresie i ujmował końcami palców wolny brzeg kauczukowego rękawa wnicowany ku dłoni; drugą ręką rozwierał srom i rękę, osłoniętą kauczukowym rękawem, wprowadzał do pochwy. Wprowadzenie tak okrytej ręki nienapotykało trudności, owszem było łatwem, jeżeli kauczuk był zwilżony roztworem lisolu. Skoro wprowadzana ręka przechodziła największą objętością szparę sromową, puszczał operator trzymany końcami palców pofałdowany wolny brzeg rękawa. Asystująca osoba przywiązywała kompres do ud, a operator przesuwał rękę przez rękaw, wyścielający ściany pochwy, ku jamie macicznej, której dno spychał drugą ręką ku dołowi.

W przypadku operacyi kleszczowej i w przypadkach ginekologicznych postępowano nieco odmiennie, t. j. ujmowano szczypczykami, wprowadzonemi przez otwór w kompresie, wolny brzeg rękawa i wsuwano, po rozwarciu warg, wprost do pochwy; jeszcze łatwiej dało się wprowadzić rękaw do pochwy po wzierniku łyżkowym, założonym na tylną ścianę pochwy. Po wprowadzeniu rękawa i przymocowaniu do ud kompresu, rozwierano wyścieloną rękawem pochwę za pomocą wzierników łyżkowych.

Cała trudność w jednym i drugim razie polega na wprowadzeniu rękawa do pochwy; trzeba raz i drugi spróbować, a gdy się raz uda, później udaje się z łatwością.

Wśród dokonywania podanych zabiegów zauważono, że, przy wprowadzaniu ręki do macicy, rękaw zbyt się wciągał do pochwy, a w przypadkach ginekologicznych wolny brzeg rękawa fałdował się i nieco zasłaniał pole operacyjne.

Chcąc te niedogodności usunąć, zwróciłem się w pierwszych dniach stycznia b. r. do firmy Reithoffera w Wiedniu, i poleciłem mu zrobić kauczukowe rękawy na 14 centymetrów długie, ale nierównej szerokości, lecz lejkowate, i wprawić na szerszych końcach cienkie krążki metalowe, o średnicy 12 i 10 centymetrów; na końcach zaś węższych takież krążki, jedne o średnicy $8^1/_2$ centymetrów dla przypadków położniczych i drugie, o średnicy 6 centym., do celów ginekologicznych. Krążki mniejsze postanowiłem wprowadzać do sklepień tak, aby część pochwową obejmowały; duże krążki zewnętrzne zastósowano, aby uniknąć wciągania się przyrządu do pochwy. Wreszcie poleciłem wykonac takież rękawki z grubej gumy bez krążków.

Przy użyciu tych przyrządów wykonano:

2 razy badanie palcami szyi macicznej po porodzie, po wprowadzeniu połowy ręki do pochwy (Mars i Kośmiński);

2 razy tamponowano jamę macicy po porodzie (Mars, Czerny);

1 raz wyskrobano macicę połogową (Mars);

1 raz wytamponowano szyję maciczną gazą, w celu wzniecenia przedwczesnego porodu (Kośmiński);

1 raz wyskrobano jamę maciczną w przypadku ginekologicznym (Mars).

We wszystkich przypadkach przyrządy nasze okazały się bardzo dobrymi tak, że się zniewolony czułem rzecz tę przedłożyć szerszemu Kołu kolegów do wypróbowania.

Krążki zakładano do pochwy, trzymając je albo od wewnątrz, albo od zewnątrz, przyczem zauważono, że krążki mniejsze dadzą się założyć zawsze łatwo, większe tylko w przypadkach poporodowych. We wszystkich przypadkach, gdzie używamy do zabiegów narzędzi, kółka wprowadzane do pochwy (na węższym końcu rękawa) trzymają się trwale i odsłaniają wyśmienicie pole operacyjne. W przypadkach, gdzie mamy wprowadzić rękę do jamy macicznej, krążki wewnętrzne nie są potrzebne; natomiast krążek zewnętrzny, niedozwalający się rękawowi wciągać do pochwy, jest bardzo pożyteczny.

Gdyby nawet mój przyrząd nie doznał zastósowania na klinikach, gdzie przecież dostateczne oczyszczenie sromu, międzykrocza i pochwy jest do pewnego stopnia względnie możliwe, to przecież zdaje mi się, może się znakomicie nadawać do praktyki prywatnej, szczególniej w tych przypadkach, w których nie mamy dość czasu na należyte oczyszczenie sromu, międzykrocza i pochwy, oraz gdy nagłość przypadku wzywa do pośpiechu, jak n. p. w przypadkach nagłych krwotoków przed wydaleniem łożyska, lub tuż po porodzie.

Dodać mi tu jeszcze wypada, że nim otrzymaliśmy przyrządy od Reithoffera, przemyśliwaliśmy nad przymocowaniem kompresów płóciennych, aby się wśród zabiegu nie usuwały i nieodsłaniały okolicy rzyci. W tym celu robiliśmy niezupełny otwór w kompresie, w kształcie wywróconej dużej litery U, przez co otrzymywaliśmy obok otworu płatek płócienny, który, wprowadzony do pochwy, przytrzymywaliśmy łyżkowym wziernikiem na tylnej ścianie pochwy, co nam się też praktycznem okazało.

IV. W sprawie etyologii tak zwanej *Chord. voc. inf. hypertrophica.*

Napisał

Doc. Dr. Aleksander Baurowicz.

Dodatek do artykułu ogłoszonego w Nrach 47—50 „Przegl. lek." 1897 r.

Już ku końcowi druku powyższego artykułu nadarzyła mi się sposobność spostrzegania przypadku, ciekawego pod wielu względami, a przemawiającego za przyrodą twardzielową zgrubień podwięzadłowych, znanych pod nazwą *Chord.*

voc. inf. hypertrophica. Przypadek ten był po raz pierwszy obserwowany przez Prof. Pieniążka na wiosnę 1881 roku; dotyczył on dziewczyny 12-letniej, u której znaleziono pod obu więzadłami prawdziwemi zgrubienia poduszkowate, zwężające światło okolicy podgłośniowej i zastósowano rurkę kauczukową Schröttera, celem systematycznego rozszerzania. Pod wieczór jednak tego samego dnia, po założeniu rurki, wystąpiły tak groźne objawy zwężenia, iż mimo najgorszych warunków, jakie były w tym przypadku, trzeba było natychmiast wykonać tracheotomię. Następnie stósowano u tej chorej rozszerzanie czopkami cynowymi Schröttera, usunięto zwężenie, a z końcem roku chorą dekaniulowano. Prof. Pieniążek miał sposobność spostrzegać od czasu do czasu tę chorą i później, a w roku 1888 przyszło do wytworzenia się błony, łączącej od przodu na kształt pletwy brzegi więzadeł prawdziwych. Pletwę tę rozcięto, a następnie przez stósowanie rozszerzania, usunięto wszelkie zmiany.

W r. 1895 miałem i ja sposobność badania tej chorej; wówczas znaleźliśmy krtań zupełnie wolną od zmian chorobowych, nie było ich i na innych miejscach górnych dróg oddechowych; w nosie stwierdzono objawy nieżytu zanikowego. Podówczas szczepiłem wydzielinę z nosa chorej i otrzymałem czyste hodowle prątka otoczkowego; na podstawie jednak tego wyniku badania, mimo pewnych danych, przecież nie było można stanowczo twierdzić, iż zmiany u chorej, jakie pierwotnie istniały w krtani, były przyrody twardzielowej. Od owego czasu nie obserwowaliśmy chorej, aż dopiero 14. grudnia 1897 przedstawiła się ona w naszem ambulatoryum. Dostrzeżono wzniesienie na ścianie bocznej pod struną prawdziwą lewą, a w nosie, obok zaniku, guzkowate wzniesienie na przedniej części prawej muszli dolnej, miękkie, nie krwawiące jednak za dotykiem. Naciek ten usunięto pętlą zimną, przeniesiono na agar-agar, a następnie przechowano w alkoholu. Wynik szczepienia był dodatni, a i barwienie błękitem metylenowym wykazało skąpe komórki Mikulicza z bakteryami. Chociaż obserwacya kliniczna zmian w krtani i dawniej pozwalała u tej chorej na rozpoznanie twardzieli, przypadkowo po latach 17 potwierdzono przyrodę twardzielową cierpienia.

Znalezienie zmian twardzielowych w nosie, obok objawów zaniku, należy do tak rzadkich, iż dodatkowo wspomnę tu o przypadku, który dotyczył młodej dziewczyny ze zwężeniem w krtani, spowodowanem znacznem zgrubieniem poduszkowatem pod jedną tylko struną głosową, mianowicie lewą, u której, dopiero po kilkakrotnem badaniu, spostrzegłem w obszernych jamach nosowych, na dolnej muszli lewej, płaskie wzniesienie, sinawo-czerwonego zabarwienia, łatwo krwawiące za dotknięciem zgłębnika. Część tę usunałem pętlą, a tak szczepienie jak i badanie drobnowidowe wykazało zmiany twardzielowe; u chorej tej wykonano też laryngofisurę, a w kawałkach, uzyskanych na tej drodze, znalazłem również charakterystyczny obraz twardzieli.

Zdaje mi się, iż ogłoszenie tych przypadków nie będzie bez znaczenia dla etyologii tej, tak zwanej, *Chorditis vocalis inferior hypertrophica.*

V. Wyciągi.

M. S. Mołczanow. **Zmiany w żyłach na tle nerwowem.** *(Deutsch. Zeitsch. f. Nervhk.* T. 12. Z. 1.) Skąpą literaturę co do wpływu układu nerwowego na narząd żylny, zbogaca autor nader pięknym przypadkiem zwyrodnienia żył przedramienia, przeważnie z zakresu *Vena Basilica*, powstałego w następstwie zmian zapalnych części splotu barkowego, a mianowicie *nn. ulnaris, cutan. int., cutan med.* i *medianus.*

Objawy zapalenia pojawiły się w tych nerwach nagle, wskutek przeziębienia, po tygodniu zaś wystąpiły pierwsze zmiany w zakresie żył. Zmiany te, objawiające się początkowo węzłowatem ich rozszerzaniem się, bez jakichkolwiek zmian zapalnych w samych ich ścianach, lub tkance otaczającej, wystąpiły najpierw w okolicy stawu nadgarstkowego i górnej powierzchni palca małego.

Postronkowato-guzowate rozszerzenia barwy sinawej zajęły w ciągu 3 tygodni (4 od początku choroby) całą zewnętrzną i dolną część przedramienia prawego, same zaś ściany żył uległy wyraźnemu zgrubieniu. W tym czasie występowały krwawe podbiegnięcia, w pojedyńczych zaś żyłach zaczopowania, obok bolesności dotykowej poszczególnych pni żylnych, które ani zaczopowania, ani zapalenia tkanki otaczającej nie okazywały.

Po 4 i $^1/_2$ miesięcznem trwaniu tego stanu, podczas którego niejedno z nowo powstałych rozszerzeń, uległszy zaczopowaniu, po kilku dniach znikało, objawy zapalne w nerwach zaczęły ustępować, ogólny obwód żył począł się zmniejszać, a zabarwienie sine i sino-żółte, znikając, przywróciło kończynie wejrzenie prawidłowe; tylko ściany żył pozostały silnie zgrubiałe.

Na podstawie tego przypadku autor przychodzi do wniosku, że jak zmiany w objętości naczyń żylnych dowodzą naczynio-ruchowego ich unerwienia, tak szybkie zmiany w samych ścianach tych naczyń przemawiają za bezpośrednim wpływem nerwów na zmiany w ich budowie i odżywieniu.

Kwiatkowski.

Dr. F. Hofmeister: **O zaburzeniach we wzroście miednicy skutkiem wcześnie nabytego przykurczenia stawu biodrowego, jako przyczynek do nauki o miednicy koksalgicznej.** *(Beitr. z. klin. Chir.* T. XIX Z. 2). W ostatnich czasach spostrzegał autor w trzech przypadkach u dzieci, po przebytem już zapaleniu stawu biodrowego, charakterystyczne ustawienie kończyny w addukcyi, skręceniu na wewnątrz, obok zgięcia i nieznacznego stosunkowo ustawienia krętarza dużego ponad linią N.—R. Niezbyt znaczne ustawienie krętarza dużego ponad linią N.—R. czyniło niepewnem prawdopodobne zresztą zapalne zwichnięcie chorego stawu. Rzecz wyjaśniła się po zdjęciu fotografii promieniami Röntgena. W jednym przypadku można było wykazać panewkę próżną, główkę kości udowej ponad- i poza nią na 5 ctm., a potem charakterystyczną zmianę w ustawieniu połowy miednicy, odpowiadającej chorej kończynie. Mianowicie grzebień talerza biodrowego zbliżał się do pionowego ustawienia, linia bezimienna po tejże stronie przebiegała łukiem bardziej rozwartym, prawie półkolem, aniżeli po stronie zdrowej; guz i kolec k. siedzeniowej były przesunięte bardziej ku tyłowi i wciągnięte w miednicę małą. Tu zatem wchód miednicy przybrał kształt skośnego owalu, zwróconego ostrzejszym końcem w stronę kończyny zdrowej. Powstanie takiej miednicy, wytłómaczyć możemy sobie większem nachyleniem jednej jej połowy, przyczem obrót dokonał się wzdłuż osi czołowej ku przodowi i dołowi. Przyczyny powstania takiej miednicy szukać należy 1) w zniesionem obciążeniu po stronie chorej, 2) w jednostajnem pociąganiu przez kończynę zgiętą w stawie biodrowym, tem silniejszem im zgięcie większe, a wyrównanie jego przez lordozę kręgosłupa mniejsze. A punktem zaczepienia dla działającej siły nie jest kość udowa, lecz przykurczone części miękkie, staw otaczające i mięśnie, po odpadnięciu antagonistycznego ich działania, właśnie skutkiem patologicznego ustawienia kończyny.

Skutkiem takiej zmiany w kształcie miednicy fałszywie wypadają wymiary ustawienia krętarza ponad linią N.—R. i stopnia addukcyi, gdyż po przesunięciu się guza siedzeniowego w górę i ku tyłowi, wspomniana linia również

przesuwa się ku górze, a skutkiem obniżenia się kolca biodrowego górn. przedniego tylko po jednej stronie, kąt addukcyi, mierzony po ustawieniu wspomnianych kolców na jednej poziomej, wypadnie mniejszym, niż jest w rzeczywistości. Pozornie zatem małe liczby dla tych dwóch wymiarów nie mogą przemawiać przeciw zwichnięciu stawu biodrowego w takich przypadkach. *Herman.*

Dr. Haga: **Doświadczenia z wojny japońsko-chińskiej 1894—1895.** (*Archiv Langenbecka* T. 55, Z. II). Autor stał na czele służby sanitarnej, obsługującej dywizyę japońską, złożoną z 12.859 ludzi zdolnych do walki. Oddział ten brał czynny udział w 11-tu bitwach, stoczonych w przeciągu czasu od 15/8 1894 do 9/3 1895. W tym czasie poległo lub zostało ranionych 1315 (10·2%) żołnierzy, z czego 210 legło na polu walki, a 1105 ranionym udzielono potrzebnej opieki lekarskiej. Wszystkie uszkodzenia zadane zostały bronią palną i to bardzo różną, gdyż armia chińska używała nie mniej niż 14-tu różnych systemów karabinów.

Przyczyną gwałtownej śmierci na polu walki były:

1) rany postrzałowe czaszki	w	90	przypadkach
2) obezgłowienie	"	2	"
3) rany postrzałowe szyi	"	13	"
4) " " klatki piersiowej	"	58	"
5) " " brzucha	"	40	"
6) " " uda	"	6	"
7) " " podudzia	"	1	"

Z ranionych leczono:

1) 67 z ranami czaszki, z tych w czasie leczenia zmarło 16 (inwalidów 10).

2) 74 z ranami twarzy, z tych w czasie leczenia zmarł 1 (inwalidów 18).

3) 14 z ranami szyi i karku, z tych w czasie leczenia zmarło 4 (inwalidów 3).

4) 68 z ranami barków, z tych w czasie leczenia zmarło 5 (inwalidów 15).

5) 89 z ranami klatki piersiowej, z tych w czasie leczenia zmarło 16 (inwalidów 28).

6) 52 z ranami jamy brzusznej, z tych w czasie leczenia zmarło 33.

7) 15 z ranami grzbietu, z tych w czasie leczenia zmarł 1 (inwalidów 2).

8) 44 z ranami lędźwi i bioder, z tych w czasie leczenia zmarł 1 (inwalidów 5).

9) 2 z ranami części rodnych, z tych w czasie leczenia zmarło — (inwalid 1).

10) 296 z ranami kończyn górnych, z tych w czasie leczenia zmarło 4 (inwalidów 122).

11) 383 z ranami kończyn dolnych, z tych w czasie leczenia zmarło 35 (inwalidów 111).

Rany opatrywano natychmiast przeciwgnilnie, materyałem opatrunkowym, jaki każdy z żołnierzy miał przy sobie. Do przemywania ran używano 0.5 do 1 p. m. roztworu sublimatu lub 2% kw. borowego. Narzędzia odkażano 2% kw. karbolowym. Do opatrywania ran posługiwano się gazą jodoformową lub sublimatową, watą odtłuszczoną i węglem ze słomy ryżowej. Jodoformu, jako posypki, używano b. mało. I taki opatrunek zdaje się być autorowi wystarczającym; z ogólnej bowiem sumy ranionych stracił 8 chorych z powodu ropnicy, wzgl. posocznicy, 4 z ostrego obrzęku i 1 ze szczękościsku, które to liczby wobec zresztą bardzo niekorzystnych warunków sanitarnych i w porównaniu z liczbami z wojen przeszłych, nie są wcale złemi. *Herman.*

Seitz: **Uwagi o płonicy.** (*Münch. Med. Wochsft.* 3. 1898). Na podstawie 10-letniej statystyki doszedł S. do przekonania, że pojawianie się płonicy nie zależy od pory roku, a zapadanie na nią zawisłem jest od usposobienia, które większem jest w pewnych rodzinach, i z wiekiem zmienia się (największe między 2—5 r. życia 50·6%). Zauważył 2 razy nawrót wysypki między 8—10 dniem i 2 razy powtórne przebycie choroby, po upływie jednego roku.

Przydarzające się zmiany na błonie śluzowej gardła oddziela zasadniczo od spraw błoniczych, (Löfferowskich) a nawet wykazywanym przez niektórych autorów prątkom nie przypisuje żadnego swoistego znaczenia. Wobec rozwiniętych zmian w gardle stosuje wstrzykiwania karbolu, za pomocą strzykawki podanej przez Taubego. Sposób ten leczenia bowiem zapobiega zakażeniu ogólnemu paciorkowcem i nie przynosi żadnej szkody ustrojowi. *R.*

Dr. G. Perthes. **Uszkodzenie postrzałowe tętnicy płucnej i aorty.** (*Beutr. zur klin. Chir.* T. 19 str. 414). 26-letni mężczyzna, operowany przed 7-oma laty z powodu lewostronnego ataku opłucnowego, targnął się na własne życie, strzelając z rewolweru w II-gi lewy przestwór międzyżebrowy, przywiedziony do tego kroku, przetoką, która pozostała po operacyi. Przywieziony do kliniki Treudelenburga, z objawami wewnętrznego krwotoku, wyzdrowiał wśród terapii wyczekującej. W jakiś czas potem wykonano mu torakoplastykę i gdy się miał już ku zupełnemu wyleczeniu, umarł nagle w 10 m. po usiłowanem samobójstwie. Sekcya wykazała: znaczne skurczenie się płuca lewego, otoczonego grubemi i silnemi bliznami. Górna ściana lewej tętnicy płucnej pozostawała w związku z przednią aorty, za pośrednictwem niedużego tętniaka (a więc tętniak tętniczo tętniczy). Z tylnej ściany aorty wyrastał drugi tętniak większy, który spowodował nawet przetarcie (usura) trzonów kręgowych. Poza nim, w okolicy główki VI-go lewego żebra, tkwiła kula. Przyczyną śmierci były liczne zatory w płucach. *Herman.*

W. Körte: **O chirurgicznem leczeniu rozlanego zapalenia ropnego otrzewnej.** (*Mittheil. aus d. Grenzgebit. d. Med. und Chir.* T. II. str. 145). Długoletnie doświadczenie i obfity materyał przekonały K., że jedynie chirurgiczne leczenie ropnego zapalenia otrzewny, bez względu na jego etyologię, daje nadzieję wyleczenia chorego. Rokowanie, co do wyniku operacyi, bardzo niepewne. Brak dotychczas jakichkolwiek podstaw, na którychby z pewnem prawdopodobieństwem rokowanie oprzeć można było. Tyle tylko wiemy, że najczęściej udaje się wyleczyć zapalenie otrzewnej, powstające skutkiem spraw zapalnych w wyrostku robaczkowym, a w „peritonitis e perforatione", tem prawdopodobniejszem staje się zejście pomyślne, czem wcześniej, o ile możności przed upływem 24-ch g., przystąpimy do otwarcia jamy brzusznej. Co do szczegółów samej techniki operacyjnej, to radzi autor operować szybko, i w miarę okoliczności, oszczędzająco. Nawet w danym przypadku nie uważa za konieczne odszukanie i zaszycie miejsca przedziurawienia. Po wypuszczeniu wysięku, wbrew zdaniu Reichela „Spülerei der Bauchhöle ist Spielerei", przepłókuje wyjałowioną wodą jamę otrzewnową. Wraz z większością chirurgów uważa środki przeciwgnilne, w tym celu użyte, nietylko za bezcelowe, ale i szkodliwe. W leczeniu następowem nie podaje wcale makowca, który upośledza potrzebny ruch robaczkowy i tak już porażonych jelit. Owszem, stara się o wypróżnienia i sprowadza je wlewaniami do odbytnicy roztworu soli kuchennej, z dodatkiem gliceryny. Przekonał się też że u tych chorych środki nasercowe wcale nie działają, znakomicie zaś poprawiają stan ogólny zastrzykiwania fizyologicznego roztworu soli kuchennej podskórnie lub wśródżylnie.

Takiem postępowaniem wyleczył: 13 chorych z rozlanego ropnego zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego, 1 po przebiciu żołądka, 4 przypadki zapalenia otrzewny po odprowadzeniu uwięzgniętej przepukliny, 3 chore po ropnym otoku trąbki macicznej, a 4, u których punkt wyjścia choroby nie dał się wyszukać. Podwójna zaś liczba chorych, bo 45, wśród takiego samego leczenia zmarła. U tych punktem wyjścia dla sprawy zapalnej otrzewnej było: 21 r. przedziurawienie wyrostka robaczkowego, 5 r. przebicie wrzodu żołądka, 4 r. przebicie jelit (2 r. wrzody durowe), 2 razy po odprowadzeniu przepukliny uwięzgniętej, 11 r. sprawy zapalne w niewieścich częściach rodnych, 1 r. z pęcherzyka żółciowego, 2 r. przyczyna nie zbadana. *Herman.*

Fehling: **O zachowaniu się lekarza wobec powikłania ciąży i porodu rakiem szyjki macicznej** *(Medicinisch-chirurgisches Centralblatt.* 1897, Nr. 50). Autor podnosi, że częstość występowania raka wśród ciąży, dawniej oceniana w stosunku 7:10,000 porodów, obecnie znacznie się zmniejszyła. Zapewne zmieniona wydzielina szyjki, wśród innych okoliczności, jest powodem trudniejszego zastąpienia kobiet, dotkniętych tym nowotworem. Zachowanie się lekarza wobec tego powikłania będzie zależnem od tego, czy rak został odkryty jeszcze w ciąży, czy dopiero podczas porodu; dalej, czy nadaje się jeszcze do operacyi, lub nie. W razie rozpoznania raka w ciąży w tym okresie, w którym radykalna operacya jeszcze ma racyę bytu, należy w pierwszych czterech miesiącach ciąży usunąć całą macicę przez pochwę, w dalszych miesiącach, aż do czasu, kiedy płód zdolny już jest do życia pozamacicznego, trzeba przed wycięciem, wypróżnić macicę drogą pochwową, przez rozcięcie szyi na boki, dostateczne dla przedostania się płodu i natychmiast do operacyi doszczętnej przystąpić. W ostatnich 8—6 tygodniach ciąży pozostaje natomiast wykonać cięcie cesarskie, wydobyć płód wraz z workiem płodowym, macicę i brzuch zaszyć i natychmiast przystąpić do radykalnej operacyi przez pochwę, lub, jak radzi Zweifel, wykonać cięcie cesarskie metodą Porro, a następnie usunąć kikut szyjkowy przez pochwę.

Inaczej rzecz się przedstawia, gdy z powodu posunięcia się nacieku nowotworowego na otoczenie macicy, o radykalnym zabiegu myśleć już nie można; wtedy mamy tylko na uwadze życie dziecka, skoro matkę należy uważać za straconą. Po stwierdzeniu cierpienia należy zaniechać badania i wszelkich uśmierzających zabiegów, jak wyskrobania lub wycięcia części pochwowej, bo mogą one wzniecić poronienie; natomiast polecać przestrzykiwania płynem przeciwgnilnym, by zapobiedz zakażeniu, a równocześnie wzmacniać ustrój matki. Skoro rak został rozpoznany dopiero podczas porodu i nadaje się jeszcze do operacyi, to wskazanem jest tylko cięcie cesarskie, połączone z natychmiastowem wycięciem macicy przez pochwę, podobnie jak w ostatnich miesiącach ciąży. Jeżeli przypadek raka już jest zaniedbany i radykalne postępowanie już jest niemożliwe, należy z początku czekać, czy bóle porodowe nie będą zdolne przezwyciężyć oporu, unikając częstego badania; skoro zaś przyjdzie przedsięwziąć zabieg jakikolwiek, trzeba poprzednio wybujałości nowotworowe wyskrobać.

Z zabiegów możliwie łagodne są kleszcze i wymóżdżenie (nb. na dziecku nieżywem); unikać natomiast obrotu, przy którym grozi łatwo pęknięcie macicy, lub oderwanie się jej od pochwy. W ostatecznym razie dla uratowania dziecka pozostaje cięcie cesarskie metodą Porro.

W połogu: przypadki nadające się do leczenia radykalnego należy natychmiast doszczętnie operować. *Ww.*

Dr. Knauer: **Poprzeczne cięcie Fritscha przez dno macicy przy zachowawczem cięciu cesarskiem.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 49 r. 1897). Po otwarciu powłok brzusznych w linii białej, przeprowadził autor przez dno wytoczonej macicy cięcie poprzeczne, podane przez Fritscha, nie dochodząc do ujść trąbek. Krwawienie z rany było bardzo nieznaczne. Po wydobyciu płodu i popłodu, gdy macica się skurczyła, rana w dnie macicy zmniejszyła się znacznie tak, iż 7 szwów węzełkowych głębokich, gęsto obok siebie założonych, wystarczyło do jej zespolenia. Podczas szycia nacierano macicę w celu pobudzenia jej do skurczów, które poprzednio były słabe, a czynność ta nie przeszkadzała zupełnie równoczesnemu zakładaniu szwów.

Autor zestawia następnie znane w literaturze przypadki. w których operowano sposobem Fritscha, upatrując następujące zalety cięcia poprzecznego, poprowadzonego przez dno, w przeciwstawieniu ze zwykle używanem cięciem podłużnem przez przednią ścianę macicy: 1) Wydobycie płodu jest łatwiejsze i szybsze; 2) krwawienie mniejsze, bo cięcie prowadzi się równolegle do wielkich naczyń; 3) łatwiej ominąć łożysko, które zazwyczaj bywa usadowione na przedniej lub tylnej ścianie macicy; 4) nie powstają zrosty następowe pomiędzy przednią ścianą macicy, a ścianą brzuszną; 5) odpływ wydzieliny łatwiejszy, możność zakażenia mniejsza; 6) przy następnych ciążach działa na bliznę w ścianie macicznej mniejszy ucisk. *Piotrowski.*

Babes i Levaditi. **O promieniczej postaci bakteryj gruźliczych.** Różni badacze stwierdzili, że postacie bakteryj gruźliczych mają kształt zbliżony do grzybka promieniczego. Niektórzy z nich, jak Fischel, Jones i Babes wypowiedzieli przed kilku laty zdanie, że bakterye gruźlicze są bardzo zbliżone gatunkowo do promieniczych. Pomiędzy innemi spostrzegano bardzo często w hodowlach bakteryj gruźliczych, oraz w plwocinie osób, chorych na gruźlicę, kształty kolbowate i rozgałęzione, zupełnie podobne do tych, jakie bywają spostrzegane w promienicy. Obecnie badacze wspomniani potwierdzają dawne spostrzeżenia i dodają nowe; mianowicie, po wstrzyknięciu pod oponę twardą królika hodowli bakteryj gruźliczych, spostrzegali oni po 30 dniach stopniowy rozwój ognisk, których podobieństwo do promieniczych jest istotnie rażące. Grudki gruźlicze, zabarwione na różowo met. Ehrlicha, otoczone były kolbowatymi tworami, zupełnie podobnymi do promieniczych. Twory te barwiły się na błękitno-fioletowo w rozczynie błękitu metylenowego.

Barwiąc metodą Grama bakterye na fioletowo i podbarwiając kolby na różowo safraniną w rozczynie anilinowym i rozczynem jodu, otrzymywał Babes najdokładniejsze zróżniczkowanie tych tworów.

Doświadczenia te zasługują na powtórzenie. Byłby to istotnie dowód bardzo bliskiego pokrewieństwa tych dwu grzybków. Kliniczne podobieństwo objawów gruźlicy i promienicy również jest oddawna stwierdzonem. *(Archives de Medecine experimentale* 1897 Nr. 6). *O. Bujwid.*

H. Fritsch. **Gojenie ran polaparotomijnych przez rychłozrost.** *(Deutsch. med. Wochschr.* 1897, 43). Wszędzie obecnych drobnoustrojów, wywołujących ropienie, nie brak oczywiście i w skórze. Tu w gruczołach potnych i łojowych mają one bardzo bezpieczne schronienie, ale w tym samym stopniu niebezpieczne dla chorego operowanego, zwłaszcza w przypadku laparotomii. I jakkolwiek wyjątkowym byłby przypadek, w którymby ropień, wytworzony około szwu, lub w samej ranie brzusznej, przebił się do jamy otrzewnej, już samo przypuszczenie możliwości tego faktu wystarcza, aby wyjałowienie powłok brzusznych, przed otwarciem jamy brzusznej, doprowadzić do możliwej doskonałości. Radzi zatem F. chorego, na 12 godzin przed operacyą, kąpać przez $1/2$ godziny we wodzie z dodatkiem 1 klgr. sody, zmydliwszy wprzód dokładnie całą powierzchnię ciała. Po kąpieli pokryć brzuch okładem mokrym, obojętne w czem zmaczanym, gdyż chodzi tu o rozluźnienie warstw powierzchownych naskórka. Okład pozostaje aż do chwili operacyi, przed którą znów pole operacyjne zmydla się mydłem potasowem w wyskoku, goli, a raczej zeskrobuje brzytwą powierzchnię skóry i opłukuje sublimatem Dla późniejszego rychłozrostu ważnem jest bardzo, aby brzegi rany były jak najmniej gniecione. Zatem zabrania rozciągania brzegów ręka, zwłaszcza w rękawiczkę odziana, a natomiast używa metalowych odchylaczów. Gdy na powłokach tłustych obluźnią się pojedyncze zraziki tłuszczu, wycina je dokładnie nożyczkami przed założeniem szwu. Takie bowiem płatki tłuszczu, już z natury źle odżywiane, po obluźnieniu, ulegają obumarciu i przeszkadzają dokładnemu zrośnięciu się rany. Najważniejszem jednak jest ostatnie polecenie F., by zakładać szew nitką, z obu końców nawleczoną w igły, któremi przebijać należy nie od zewnątrz ku wewnątrz, lecz odwrotnie, t. j. od dna rany do skóry. Przebijając igłą w sposób po dziś-dzień używany, zwłaszcza igłą o tępym końcu i nawleczoną w nitkę chropawą, wprowadzić możemy, wraz z oderwanemi komórkami naskórka, pojedyncze koki w kanał szwu, a nawet całą ich gromadę, gdy przypadkowo na gruczoł potowy lub łojowy natrafimy (stąd na tej samej ranie jeden szew ropieje, drugi nie). Z pewnością unikniemy tego szyjąc w kierunku odwrotnym. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O protargolu, nowym środku przeciw-rzeżączkowym i odkażającym. (Deuts. med. Woch. 1897, Nr. 49). Mieszając różne pożywki z rozczynem protargolu i przeszczepiając następnie na nie drobnoustroje, wykazał Benario, że ten nowy przetwór rtęciowy działa na ich rozwój upośledzająco, lecz słabiej niż rozczyny azotanu srebrowego i argentaminowe. Również doświadczył B., że ½% rozcz. protargolu, nalany na agar zaraz po przeszczepieniu drobnoustrojów, opóźnił ich rozwój i to nie na powierzchni, a pod powierzchnią pożywki. Rozczyn tego przetworu, nawet 10%, czy to wstrzykiwany podskórnie, czy też podawany wewnętrznie zwierzętom, nie sprowadzał zmian ani ogólnych, ani miejscowych. Nawet wkraplanie do worka spojówkowego 10% rozcz. nie wywołało oddziaływania, dopiero 20% sprowadził łzawienie i obrzęk spojówki. W rzeżączce tak B., jak i Neisser, któremu dla doświadczeń lek ten posłał, byli z wyników zadowoleni. Prócz tego używał protargolu przy ranach ropiejących w 5% rozcz. lub w stanie stałym, przy wrzodach podudzia w postaci maści 5—10%, wreszcie pędzlował gardło 5% rozczynem, we wszystkich przypadkach z wynikiem zadawalniającym. F. K.

Asaprol, przetwór o własnościach podobnych do przetworów salicylowych, zastosował Moncorvodio (Janeiro) do leczenia krztuśca (La Médicine infantile, 1898 Nr. 1). Przekonawszy się najpierw o własnościach bakteryobójczych asaprolu, przedsięwziął później doświadczenia na chorych. Leczono zapomocą asaprolu 26 dzieci dotkniętych krztuścem, w wieku od 1 miesiąca do 9 lat, pendzlując co 2 godziny tylną ścianę gardła i okolicę głośni 1% rozczynem tego leku. W znacznej części przypadków osiągnięto wyleczenie w ciągu kilku (5—8), a najwyżej 12 dni. Przy pierwszych pendzlowaniach występują zwykle napady kaszlu, wkrótce jednak przyzwyczajają się dzieci do tego rękoczynu i znoszą go bardzo dobrze. R.

Roth (Wiedeń): O działaniu piramidonu w rozmaitych stanach chorobowych, (Wien. klin. Woch. 1897, Nr. 44). A. stosował piramidon (dwumetylo-amido-antipirynę) w jakich stu przypadkach. Jako środek przeciwgorączkowy, przy gorączce trawiącej u suchotników, w dawkach 0,30, 3—4 razy dziennie, jest pewniejszym od wszystkich dotychczas używanych, a stan bezgorączkowy, który sprowadza, utrzymuje się często jeszcze kilka dni po odstawieniu leku. W gośćcu stawowym ostrym działa tak dobrze, że można go uważać za lek swoisty, mogący zastąpić salicylan sodowy; przeciwnie, nie skutkuje przy rzeżączkowych zapaleniach stawów. Beskutecznym jest przy zimnicy. Natomiast jest lekiem bardzo cennym przy migrenie (jednorazowa dawka 0,5—1,0) i innych bólach głowy, napadach bólu przy uwiądzie rdzenia i nerwobólach. Bywa znoszony dobrze, choć są co do tego wyjątki. Nie wzmaga diurezy, jak to twierdził Filehne. (Por. ref. w N. 43 „Przegl. lek.“). L.

Vinci-Messina (Berlin): O eukainie B. (Virch. Archiv. tom 149). A. robił z eukainą B. doświadczenia na ludziach i zwierzętach. Twierdzi on, że środek ten można postawić na równi z kokainą i eukainą, a niekiedy oddać mu nawet pierwszeństwo, gdyż miejscowo mniej drażni, wydaje się mniej trującym i posiada silniejsze własności przeciwgnilne. L.

Artur Cohn poleca w zastępstwie jodoformu, jako nowy środek jodocrol, który składa się z 2 grm. izomerycznego z tymolem karwolu i 38 grm. jodku potasowego, rozpuszczonych w 40 grm. 10% rozczynu ługu sodowego; ma on tę wyższość nad jodoformem, że jest bezwonnym i działa przeciwgnilnie. (The Journ. of the ammeric. med. Assoc. 1897). F. K.

Langsdorff leczy wrzody podudzia w ten sposób, że posypuje je kalomelem, następnie solą kuchenną i opatruje gazą na 24 godzin; po odjęciu opatrunku stosuje maść, pod którą oczyszczone kalomelem wrzody mają się nader szybko pokrywać przyskórkiem tak, że tylko w dwu na 200 przypadkach zmuszony był przeszczepić kawałki skóry metodą Thierscha. (Centralblatt für Chir. 1897, Nr. 46). F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

I. Posiedzenie Rady zawiadowczej z dnia 10. I. 1898 roku

Przewodniczący: Dr. Merunowicz. Obecni: Drowie Festenburg, Antoni Gluziński, Lachowicz, Świątkiewicz, Uhma.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Prezes zdaje sprawę: a) że procesów, wytoczonych Towarzystwu przez Szmoraka, dzierżawcę propinacyi w Morszynie, zarówno jak intabulacyi kwoty należnej Towarzystwu z masy spadkowej Stillerów dotychczas przeprowadzić się nie dało.

b) że sprawa kupna realności dla Towarzystwa jest na dobrej drodze, gdyż architekt korzystnie ocenił proponowany do kupna budynek.

3. Proszeni na rzeczoznawców, w sprawie prośby dotkniętych klęskami elementarnemi dzierżawców w Morszynie, p. Eisiga i Ecksteina, obywatele sąsiedni: Hr. Dzieduszycki i Br. Brunicki, przedłożyli bardzo szczegółowe wyjaśnienia, proponując opust 1/3 tenuty dzierżawnej.

Na wniosek kol. Skarbnika zgodzono się na opuszczenie poszkodowanym dzierżawcom 1/6 części czynszu, t. j. 200 złr. w. a., a Szanownym rzeczoznawcom uchwalono podziękowanie za ich trudy.

4. Udzielono zapomóg dwom pensyonistkom Towarzystwa z powodu ich bardzo krytycznego położenia, w kwocie 55 złr. Jedenastu wdowom po członkach Towarzystwa, które pensyi nie pobierają, w kwocie 720 złr. Podupadłemu członkowi Towarzystwa — w kwocie 60 złr. Razem z funduszów Towarzystwa 835 złr. Nadto czterem wdowom po lekarzach, nie członkach Towarzystwa, z funduszu ś. p. prof. Gilewskiego, kwotę 190 złr. Co wszystko ogółem czyni 1025 (tysiąc dwadzieścia pięć) złr. w. a.

5. Podania trzech wdów po lekarzach, członkach Towarzystwa lekarskiego, wniesione o pensyą stałą, odłożono do posiedzenia, które ma być zwołane przed Walnem Zgromadzeniem.

6. Termin Walnego Zgromadzenia oznaczono na dzień 25-go lutego.

7. W myśl przyjętego do wiadomości sprawozdania sekretarza, według którego na 413 członków zapłaciło za rok 1898 lub jeszcze dalej: 26, za rok 1897: 232, za rok 1896: 73, a zalegało po za rok 1896 82 członków, uchwalono wykreślić z tych ostatnich dziewięciu, zalegających ponad 50 złr, a zagrozić wykreśleniem 41 członkom, zalegającym ponad 30 złr.

Nadto polecono sekretarzowi, by w myśl § 67 ustawy T. l. g wstrzymał wysyłkę »Przeglądu lekarskiego« członkom, zalegającym za drugie półrocze 1897 roku.

Dr. Uhma, sekretarz.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z d. 14 Stycznia 1898.

Przewodniczący kol. Wiczkowski. Obecnych członków 25. Jako gość kol. Błociszewski z Poznańskiego.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I) Kol. Przewodniczący składa życzenia kol Rydygierowi z powodu wyniesienia do godności Radcy Dworu.

Kol. Rydygier dziękuje.

II) Kol. Kowalski Edmund wygłosił rzecz pod tyt.: »Badania nad zachowaniem się ciepłoty i krążenia krwi w narządach jamy brzusznej pod wpływem okładów«. Odczyt kol. Kowalskiego będzie ogłoszony drukiem.

III) Kol. Jasiński wygłosił odczyt »O zakładzie i przyrządach Hessinga«. W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll.: Rydygier, Zgórski i Mahl.

Sekretarz *Dr. Feuerstein.*

VIII KORESPONDENCYE

Lwów.

Wezwanie Szanownej Redakcyi pisywania ze Lwowa do „Przeglądu lekar.“, wyznaję szczerze, wydało mi się zrazu trudnem, zwłaszcza, że w wezwaniu była wskazówka pisania: „... na wzór *Z Warszawy*“. Wszak Warszawa za kordonem: posiada ona odrębne Towarzystwo lekarskie, pozostające w nieznanych nam stosunkach i warunkach bytu: — wielce odrębny uniwersytet; — swoje piśmiennictwo lekarskie, zarówno peryodyczne, jak i książkowe. Wszystko to jest nam mało znane, a wszystko interesujące.

Tymczasem Lwów, złączony błyskawicznym pociągiem z Krakowem, ma taką samą Izbę lekarską, takie same To-

warzystwo lekarskie, ściśle związane z krakowskiem. Piśmiennictwa nie ma on żadnego, bo co się tu pisze, to w Krakowie idzie pod prasę. Uniwersytet tutejszy prawie że przeszczepiony z Krakowa. Czytelnicy „Przeglądu“, w większej części „Galicyanie“, mają tu kolegów znanych z ławy szkolnej, spotykanych choć raz do roku, od których każdej chwili osobiście wywiedzieć się mogą o wszystkiem.

A przecież... Gdym wyliczał, co mamy, zauważyłem, że choć dosyć się interesuję sprawami lekarskiemi, przecież nie wiem, jak się koledzy z zachodniej Galicyi zapatrują na pierwszą już z wyżej wyliczonych instytucyj naszych, na swą Izbę lekarską. We Lwowie, przed pięciu laty, wprowadzenie w życie wschodnio-galicyjskiej Izby lekarskiej, witano wielkiemi nadziejami lepszej przyszłości. Nadzieje te zawiodły.

Gdy jednak przygasł żal, wywołany zawodem i najniesłuszniej początkowo zwrócony nie przeciw ustawie wadliwej, ale przeciw widomym jej wykonawcom, instytucya ta, prowadzona z iście nieziemskim spokojem i równowagą, poczęła coraz większe wywalczać sobie uznanie. Zapoznajemy się powoli z jej znaczeniem, i coraz dosadniej zaczynamy pojmować, że im wyżej postawimy ją w stosunku wewnętrznym, w stosunku lekarzy do Izby, tem potężniejszą stanie się ona na zewnątrz, tem większe wpływy posiędzie, i tem skuteczniej bronić będzie naszych interesów.

Drugie z wyliczonych „Towarzystwo lekarzy galicyjskich“ nie mniejsze ma także znaczenie. Wszak kapitały tego Towarzystwa, wspólna poniekąd własność Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zdołały zainteresować nie samą tylko Galicyę z Wielkiem Księstwem Krakowskiem. Stojące bowiem po za Galicyą Izby lekarskie pojęły, że kapitały te mogłyby się stać silną podwaliną do *urządzenia*, w myśl §. 13 ustawy o Izbach, *wzajemnej pomocy dla członków zawodu lekarskiego i ich rodzin.* Niestety, u nas podobne pomysły nie znajdują tak głośnego echa, jak po za granicami Galicyi. Na dwanaście set członków obu Izb Galicyi, zaledwie trzecia część do Towarzystw wspomnianych należy. Trudno zaś od tych Towarzystw wymagać, by fundusze przez swych członków zebrane, oddały, jeśli nie wrogim, to w każdym razie obojętnym żywiołom.

Do omawiania spraw Towarzystwa lekarzy galic. będzie jednak sposobniejsza chwila po Walnem Zgromadzeniu Delegatów, zapowiedzianem na koniec lutego. Dzisiaj wspomnę tylko o inauguracyjnem posiedzeniu lwowskiej sekcyi tego Towarzystwa. Pierwsze posiedzenie po wyborach, które się w przeszły piątek odbyło, jest dobrą zapowiedzią na rok cały. I nie dziw. Przewodnikom takim, jak Dr. Machek i Prof. Dr. Gluziński, wysoko cenionym dla ich wiedzy a bardzo lubianym z powodu zalet koleżeńskich, nie trudno będzie i nadal o zapewnienie dla posiedzeń poważnych odczytów, a tem samem i o zgromadzenie pilnych słuchaczy. Pod ich rządami sekcya święcić będzie prawdopodobnie *instalacyą* we własnym lokalu, jaki jej ma wydzierżawić Towarzystwo l. g., w proponowanym mu do kupna domu. Istnieje oddawna projekt, by ów nowy lokal stał się poniekąd klubem lekarskim. Biblioteka już jest i to pokaźna. Gdyby się udało, zaopatrzyć jeszcze klub taki w świeżą literaturę peryodyczną, niewątpliwie przyciągał by on ku sobie. Urzeczywistniłoby się projekt tem ponętniejszy, że w roku przeszłym delegaci Walnego Zgromadzenia T. l. g., koledzy z Krakowa i innych miast obiecywali odwiedzać taki lokal w przejeździe, a zatem stałby się on miejscem zebrań nie tylko dla Lwowa samego lecz dla całej Galicyi.

Dotąd Rada Zdrowia poddzierżawiała sekcyi lwowskiej część swego laboratoryum, które teraz zwija, mogąc korzystać z pracowni uniwersyteckich. Co do c. k. krajowej Rady Zdrowia, to gdyby się kto z pilnych czytelników zapytał o jej znaczenie, porównałbym ją najchętniej do biskupstw *in partibus infidelium* Wszystkie porównania chromają, moje jednak dużo ma za sobą. Instytucya ta ma bowiem obowiązek radzenia nad wszystkiem, co w jakikolwiek sposób może wpłynąć na zdrowotność kraju. Więc jeśli na porządku dziennym jest sprawa, dotycząca szpitala, czy mydlarni, fabryki wody sodowej lub jakiej kopalni nad tem wszystkiem, z polecenia władz wyższych lub własnej pobudki, radzą *honorni* — jak mówią chłopi w krakowskiem, boć honorowanymi nie są — koledzy nasi. Z radą zaś taką władze wyższe, owi *infideles*, zrobić by mogły, co im się podoba, bo rada c. k. Krajowej Rady Zdrowia, *de facto*, do niczego ich nie obowiązuje. Wpływ ma ona jednak wielki i niezaprzeczony: *non vi. sed saepe cadendo.* Ufajmy przeto, że i w tej sprawie, którą w ostatnich czasach podniosła, coś wykołatać potrafi. Sprawą tą jest szerzenie się kiły. Dla całej monarchii niezmiernie ważna, bo według statystyki z r. 1894 w szpitalach Austryi leczono 29.996 przypadków kiły, co czyni 8·5% ogólnej liczby chorych, podczas gdy gruźlica n. p. tylko 5·5% stanowi. Dla Galicyi zaś sprawa ta tem ważniejsza, że w niej ten odsetek wynosił 15·2. Oprócz innych wniosków miała Rada uczynić i ten, by systemizowano, czyli opatrzono odpowiednią rangą i poborami lekarzy nadzorujących prostytucyą w Krakowie i Lwowie, których dotąd, na mocy prywatnego układu, renumerowano roczną kwotą 200 czy 300 złr.

Zamianowanie Prof. Dra Łukasiewicza dla chorób wenerycznych i skórnych w tutejszym Wydziale lekarskim, powitano równie sympatycznie, jak i poprzednie nominacye. A słusznie, bo nowomianowany profesor zwyczajny ma, obok zasłużonego rozgłosu w nauce i sławę dobrego kolegi.

Istniała dawniej obawa, by profesor tego przedmiotu nie dążył do zwinięcia jednego z oddziałów szpitalnych i skasowania przez to jednej z niezbyt licznych posad lekarskich krajowych. Obawa ta, mojem zdaniem, wobec nadmiaru chorych, przepełniających oddziały kiłowe (stan z reguły wynosi ponad 250), była i dawniej bezpodstawna, teraz zaś, wobec tej nominacyi, znika zupełnie. Prof. Łukasiewicz, który przyjęciem katedry w Insbruku, gdzie profesorowie uniwersyteccy praktyką prawie zupełnie się nie trudnią, dał najlepszy dowód, że o ową *aurea praxis* się nie ubiega, nie ma i teraz żadnego interesu w obciążaniu się balastem szpitalnym, gdyż nie trudno mu z oddziałów szpitalnych wybierać to, czego klinika dla celów naukowych potrzebować będzie. Natomiast nadzieja rośnie, że Prof. Łukasiewiczowi, tak bardzo cenionemu we wpływowych sferach, łatwiej niż komukolwiek będzie wystarać się o osobny pawilon dla swego działu. Rzecz to równie ważna dla niego, jak dla szpitala powszechnego, w którym go na razie pomieszczono, a w którym, co można było przewidzieć, chorych z otwarciem klinik nie ubyło, lecz przybyło; w którym zatem, jak było tak jest, ciasno i niewygodnie.

Kończę, a kończę niestety wspomnieniem pośmiertnem. Pod koniec zeszłego miesiąca opuścił nasze szeregi Dr. Stanisław Jana, kolega wielce ceniony i kochany. Należał on do założycieli pierwszej z lecznic tutejszych, a jakkolwiek kto z nas zapatruje się na cele i zadania tych lecznic, ś. p. Drowi Janie wszyscy nie tylko muszą, ale i chętnie przyznają, że w tej sprawie, tak jak w każdym swym czynie kierował się wyłącznie najszlachetniejszemi pobudkami ludzkości i szczytnie pojętych obowiązków lekarza.

. . . .

Omal nie zapomniałem, że obecnie Sejm radzi, a na tej sesyi dość często radzi nad nami. Żywo poruszyła cały galicyjski świat lekarski sprawa ukrajowienia szpitali. Nie ma jednak tego dobrego, coby dla nas na gorsze nie wyszło [1]. Dotychczasowym funkcyonaryuszom szpitalnym skreślono jednym zamachem ich zasługi, kazano im na nowo dosługiwać się emerytury, a jeśli który w pracy posiwiał, pozwolono mu postarać się o *veniam aetatis.*

Wobec Sejmu podjął się obrony pokrzywdzonych poseł krakowski, Prof. Jordan. Świetna jego mowa osiągnęła cel zamierzony, bo w sprawie emerytury W. Sejm stanął po stronie pokrzywdzonych lekarzy i powziął uchwałę, zgodną z zasadami sprawiedliwości.

[1]) Porównaj reformę podatkową.

Drugie, dla stanu lekarskiego nader ważne przemówienie, dotyczyło zakładania małych szpitalików, na których tle lekarze okręgowi mogliby swą działalność rozwinąć. Zawodowcom, znającym świetny artykuł Dra Merunowicza: „W sprawie lekarzy okręgowych“, opierająca się na nim mowa Dra Jaklińskiego mogła wydać się bladą. Przez laików za to, dla których była przeznaczona, została zrozumiana i zrobiła nader korzystne wrażenie. Sprawa to zaś ważna nie tylko dla lekarzy, skupionych po większych miastach, gdzie braknie im i pracy i chleba. Ważną jest ona dla samego kraju, w którym, według statystyki z 1894 roku:

Ludności wedle spisu z roku 1890 było	Odsetek śmiertelności wynosił	Łóżek szpitalnych było	Chorych tam leczono	Na leczenie szpitalne wydano	Lekarzy było: w służbie państwa	Lekarzy było: w służbie kraju	Lekarzy było: Wolno praktykujących
6,554.415	3.479	3.190	45.659	641.251	170	281	459
W tymże roku w Czechach:							
5,808.702	2.841	6.315	66.866	1,255.709	243	862	797
W całej zaś monarchii:							
23,707.906	3.017	27.248	288.244	6,648.046	943	2.507	2.666

A nie dziw, że tak było w kraju, w którym wydatki sanitarne i dobroczynne, wynoszące w latach 1876—1880, 27·66% wydatków krajowych, w 1881—1885 wynosiły 23·62%, a w 1886—1890 spadły na 20·19% [2]). Równorzędnie wzrósł odsetek wydatków na podniesienie gospodarstwa z 3 na 13; nie traćmy przeto nadziei, że kraj, obecnie zapewne lepiej zagospodarowany, więc zasobniejszy, przychylnie przyjmie projekt Dra Jaklińskiego. Inspektorowi krajowych szpitali, Dr. Janowi Stella Sawickiemu (na którego cześć w tej chwili właśnie, z powodu jego dwudziestopięciolecia doktorskiego, bankietują lekarze szpitalni), dzisiaj już spracowanemu, przybyłoby pracy nad siły; ale też czas już pomyśleć, o zorganizowaniu jakiegoś krajowego biura sanitarnego z lekarzy, którymi mógłby się Szanowny jubilat wyręczać.

W lutym, 1898 r. *Dr. Verax.*

IX. II. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał

Dr. Rafał Spira.

Jak już czytelnikom „Przeglądu lekars.“ wiadomo, odbył się w Wiedniu dnia 27 i 28 czerwca z. r. drugi Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego. Wbrew uchwale przyjętej na Zjeździe zeszłorocznym, Zjazd ten z niewiadomych przyczyn, zamiast w Wielkanocne święta, przyszedł do skutku dopiero z końcem półrocza letniego, w czasie najmniej dogodnym i wśród największych upałów, co naturalnie niekorzystnie mogło wpłynąć na liczbę uczestników. Mimo to przybyła dość znaczna liczba otyatrów krajowych i zagranicznych, co jest najlepszym dowodem znaczenia, które Zjazd ten cieszy się w sferze szerokiego koła lekarzy.

W wilię Zjazdu zeszli się uczestnicy wieczorem, jak w roku ubiegłym, na towarzyskie zebranie, w sali restauracyjnej „Riedhof“, gdzie, powitani przez prof. Politzera, przy współudziale gości honorowych, prymaryusza Dra Heima i Dra Scholza, t. j. prezesa i wiceprezesa wiedeńskiej Izby lekarskiej, spędziliśmy czas w miłej serdecznej, nieskrępowanej pogadance i koleżeńskiej wymianie myśli.

Pierwsze posiedzenie administracyjne i naukowe odbyło się rano, dnia 27 czerwca, w sali wykładowej prof. Schröttera. Zagaił je dotychczasowy przewodniczący, prof. Politzer, w mowie skreślającej dotychczasową działalność austryackiego Towarzystwa otologicznego, dał pogląd na krótką jego historyę, i wykazał udział, jaki Towarzystwo to wzięło w ogólnym postępie otyatryi.

Po przeczytaniu sprawozdania sekretarza z czynności naukowej Towarzystwa w roku ubiegłym i po przyjęciu sprawozdania kasowego, przystąpiono do wyboru nowego prezydyum. Wybrani zostali: prof. Urbantschitsch przewodniczącym, prof. Politzer zastępcą przewodniczącego, prof. Gruber skarbnikiem, Doc. Dr. Pollak i Dr. Kaufmann sekretarzami. Na wniosek prof. Grubera uchwalono, aby wybranym sprawozdawcom poruczyć wypracowanie na Zjazd przyszłoroczny obszernego referatu o obecnym stanie nauki, dotyczącej rozróżniania chorób ucha środkowego od chorób błędnika. Na sprawozdawców wybrano Drów Alta i Hamenerschlaga.

Pierwszy wykład miał 1) Dr. Alexander: „Przyczynek do anatomii i historyi rozwoju partis inferioris błędnika u ssawców“. W celu wyjaśnienia toru rozwojowego „partis inferioris“, zbadał A. cały szereg świnek morskich i dorosłych ssawców, a na podstawie otrzymanych wyników wyraża przypuszczenie, że przewód łączący (canalis reuniens) u ssawców przedstawia właściwie szczątek odcinka błędnika, który u ryb znajduje się podobno w pełnym rozwoju.

Co się tyczy przestworu ślepego przedsionka (Vorhofsblindsack), to ten rozwija się samodzielnie w czasie, kiedy przewód łączący (canalis reuniens) już istnieje w osi i przedłużeniu przewodu ślimakowego, którego pewne składniki weń (do przedsionka) wrastają. Brak przewodu bębenkowego, błony Corhiego, włókników i nabłonków nerwowych etc. cechuje przedsionek, odróżnia i odgranicza go od przewodu ślimakowego.

Dla ilustracyi swoich wywodów demonstruje A. wzory z płytek woskowych, rysunki i szereg preparatów mikroskopowych z różnych okresów rozwoju tej części błędnika u świnki morskiej i dorosłego królika.

2) Następnie Dr. Panzer wyłożył rzecz: O operacyach doszczętnych w wieku dziecięcym.

W wiedeńskim szpitalu św. Anny dla dzieci, operował P., w przeciągu ostatnich 6 miesięcy, 10 przypadków próchnicy ostrej i 8 ropienia przewlekłego u dzieci, w wieku od 6 miesięcy do 12 lat. Zniszczenie w ostrych przypadkach często okazało się znacznie dalej posuniętem, niż w przewlekłych. Kostki uszne były często nawet w ostrych sprawach spróchniałe. Wykonując operacyę, odstąpił P. od zwykle używanej metody (tylko względem plastyki) o tyle, że tylną skórną ścianę przewodu zewnętrznego całkiem wycinał i przewód uszny przeobrażał w półrynnę, składającą się ze skórnej ściany przedniej. Transplantacyi nie wykonywał, a mimoto nie spostrzegał takich wyników ujemnych, jak martwica kości, opóźnione wyleczenie i t. p. We wszystkich przypadkach nastąpiło, po operacyi, znaczne polepszenie stanu ogólnego; bezsenność, bóle, gorączka ustępowały; słuch, w przypadkach wyleczonych, poprawiał się. Miał dotychczas wyleczonych 7 przypadków. Leczenie pooperacyjne polegało na wytamponowaniu jamy gazą jodoformową 2—3 r. w tygodniu. Wyłaniające się ziarniny przypalał kw. chromowym. Zawsze

[2]) W budżecie na rok 1890 przedłożono do uchwalenia na koszta leczenia 990.000, szczepienia 76.200, na wydatki sanitarne 31.100, na dotacye dla zakładów krajowych (szpitali) 46.757. Razem 1,147.057, co w ogólnej cyfrze wydatków 8,859.831 stanowi około 12%.

dążył do zamknięcia przetoki powstałej, co mu się dotychczas w 2 przypadkach nie udało.

Gruber zwraca uwagę na to, że ropne zapalenie ucha środkowego przebiega w pierwszych latach życia daleko łagodniej, niż w późniejszym wieku. Najniebezpieczniejszem jest ono w wieku od epoki pokwitania do 50 r. życia. U dzieci zaś zapalenie posuwa się więcej ku zewnątrz, wytwarzają się martwiaki, po usunięciu których sprawa chorobowa się kończy. Z tego powodu sądzi, że u dzieci nie należy się spieszyć z zabiegiem operacyjnym, za to powinno się większą uwagę zwracać na poprawienie stosunków konstytucyonalnych.

Kaufman jest przekonany, że w przewlekłych chorobach usznych, szczególnie u dzieci zołzowatych, anemicznych i t. p., można często osięgnąć bardzo dobre wyniki zapomocą zabiegów higieniczno-dyetetycznych, podczas gdy zabiegi chirurgiczne nie prowadzą nieraz do lepszych wyników, niż leczenie zachowawcze.

Gomperz przemawia za operacyą w przewlekłych ropieniach usznych u dzieci, gdy zachowawcze usiłowania lecznicze trafią na niedający się zwalczyć opór.

Urbantschitsch zgadza się z prelegentem co do poświęcenia skóry tylnej ściany przewodu ucha zewn., w przypadkach ropienia, gdy skóra jest schorzała; tam zaś, gdzie ona jest jeszcze zdrową, używa jej do plastyki.

Panzer twierdzi, że, mimo wycięcia tylnej ściany skórnej, nie miał we wszystkich bez wyjątku przypadkach złych wyników; owszem, metodą tą usuwa się tylko sposobność i skłonność do wytworzenia się ścieśnienia. Niebezpieczeństwo, tkwiące w próchnicy kości skalistej, ciągle życiu zagrażające, blizkie sąsiedztwo i narażenie opon mózgowych, nie pozwala zwlekać zanadto z operacyą i bawić się leczeniem zachowawczem, nawet u dzieci zołzowatych i gruźliczych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 24 Lutego.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. Dr. Krzyształowicz przedstawił z oddziału kol. prof. Zarewicza trzy przypadki liszaja żrącego i dał rzut oka na obecny stan leczenia tej choroby. Kol. prof. Bujwid mówił: O leczeniu tężca surowicą.

Oba odczyty wywołały nader żywe i wielce pouczające rozprawy.

(F.) Wydział Izby lek. wschodnio-galicyjskiej uchwalił na swem posiedzeniu w dniu 17 I b. r. wystosować do Prof. Dra Jordana pismo z uznaniem, za jego skuteczne poparcie sprawy lekarzy szpitalnych w Sejmie. Pismo to, które wręczone zostało prof. Jordanowi przez prezydenta Izby, Dra Festenburga i wiceprezydenta Dra Bylickiego, opiewa jak następuje:

„Czcigodny Panie Pośle i Kolego! W sprawie najsłuszniejszych żądań nowomianowanych lekarzy i sekundaryuszów szpitalnych, aby im poprzednie lata służby zostały policzone do emerytury, wystosowała Izba lek. wschod.-galic. petycyę do Wys. Sejmu. Wobec obojętności, jaką dotychczas Władze krajowe okazywały dla spraw, dotyczących bytu lekarzy, jako urzędników krajowych, i wobec koniecznych oszczędności w budżecie krajowym, które najłatwiej dają się osiągnąć przez pominięcie najsłuszniejszych praw lekarzy szpitalnych, za którymi się dotychczas tak skąpo ujmowano, i to pomimo obecności lekarzy w Sejmie, nie mogła Izba lekarska żadnej mieć nadziei, aby jej petycya i petycye poszczególnych lekarzy szpitalnych, odniosły jakikolwiek skutek i zadowoliła się tylko spełnieniem swych obowiązków, jako organ, zastępujący interesa stanu lekarskiego.

Dzięki Tobie jednak, Czcigodny Panie Pośle i Kolego, stało się inaczej, niż przewidywaliśmy. Swojem gorliwem zajęciem się tą sprawą, wpływem w Komisyi sanitarnej, która jest Twojem dziełem, i przemówieniami na posiedzeniach sejmowych, nacechowanemi nietylko głęboką znajomością sprawy, ale i życia i jego trudów, przejęty uczuciem sprawiedliwości i miłości bliźniego, która wszystkie Twe czyny zdobi, potrafiłeś Czcigodny Panie zyskać, dla posterunku prawie straconego, sympatye większości sejmowej i uratować sprawę, która bez Twej doświadczonej i dzielnej ręki, bez powszechnego szacunku, który Cię otacza, byłaby złożoną do aktów.

Społeczność lekarska zawdzięcza Ci zatem nie tylko korzyści materyalne, jakie dla niej bezpośrednio płyną z obronionej przez Ciebie sprawy, ale i te korzyści moralne, że pozyskała w Tobie jedynego i najdzielniejszego rzecznika swych spraw, wśród których godność i powaga stanu są najpierwszemi. Te zaś wysoko stoją, gdy w Sejmie przez Ciebie, Czcigodny Panie, są reprezentowane.

Dlatego też Wydział Izby lek. wschod. galic. na swem posiedzeniu w d. 17 stycznia odbytem jednogłośnie uchwalił, aby Ci, Czcigodny Panie Pośle i Kolego, wyrazić uznanie i serdeczne podziękowanie imieniem wszystkich lekarzy do Izby przynależnych. Wypełniając z żywą radością tę uchwałę Izby, ośmielamy się dodać gorącą prośbę, byś raczył i nadal nie odmawiać sprawom lekarskim w Sejmie Twego dzielnego orędownictwa. Racz Czcigodny Panie przyjąć wyrazy rzetelnego szacunku i poważania“.

* Na wniosek sejmowej Komisyi sanitarnej W. Sejm przekazał Wydziałowi krajowemu do zbadania wniosek posła Dra Jaklińskiego, zmierzający do zakładania małych szpitali po kraju i związania tej organizacyi z instytucyą lekarzy okręgowych.

* Warszawa posiada już łazienki ludowe, które w zeszłym tygodniu oddano na użytek publiczny. Kąpiel natryskowa kosztuje 3 kop. wraz z ręcznikiem i mydłem, wannowa 10 kopijek. Koszt wystawienia budynku i wewnętrznego urządzenia wyniósł 9000 Rsr. Instytucya ta została zaprojektowaną przez Dra Markiewicza, Ludwika Natansona, prof. Baranowskiego i ks. Chełmickiego. Ponieważ zebrany fundusz trzy razy przewyższa dotychczasowy wydatek, zapowiedziano wystawienie większej liczby podobnych łazienek w różnych dzielnicach miasta. Skromne to napozór dzieło będzie miało zbawienne następstwa dla zaniedbującej się pod względem higieny ludności, która, według doniesień dziennikarskich, tłumnie poczęła uczęszczać do łazienek.

* Walne zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbędzie się we Lwowie jutro, t. j. 25 b. m.

* W Krakowie zawiązało się Towarzystwo w celu zebrania funduszu na wystawienie nowego szpitala na 100 łóżek przy klasztorze Bonifratrów. Stowarzyszeni zamierzyli tym szlachetnym sposobem uczcić 50-letni jubileusz panowania cesarza Franciszka Józefa.

* „Kuryer warszawski“ donosi, że warszawskie Towarz. lekar. wybrało swym delegatem na międzynarodowy Zjazd higienistów w Madrycie Dra Józefa Polaka.

* Według „Birżewych wiedomostiej“ rząd rosyjski zamierza powołać do życia ministeryum zdrowia publicznego.

* XXVII Zjazd chirurgów niemieckich odbędzie się w Berlinie, między 13 a 16 kwietnia b. r.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Artur Pick.

Mianowani: Dr. Karol Hürtle mianowany został prof. zwyczajnym fizyologii w Wrocławiu.

Nekrologia. W Kaliszu umarł w wieku 70 lat Dr. Józef Benedykt Rymarkiewicz. Leon Sąchocki, lekarz powiatu nowomińskiego, zmarł, licząc lat 49. W Paryżu umarł w 77 roku życia Dr. Pietra Santa, założyciel czasopisma „Journal d'Hygiène“ i stowarzyszenia higienistów: „Societé française d'Hygiène“.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Medycynie“ Nr. 8: Dra Huzarskiego S.: Przypadek cięcia cesarskiego zachowawczego z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka. W „Gazecie Lekarskiej“ Nr. 8: Stankiewicza C.: O leczeniu przetok pęcherzowych zapomocą bezpośredniego zeszycia pęcherza. Stróżewskiego K.: Kilka słów o zanikach mięśniowych postępujących. W „Przeglądzie dentystycznym“ Nr. 2: Kohna F.: O leczeniu zachowawczem miazgi zębowej formagenem. Dzierżawskiego B.: O znieczulaniu przy wyjmowaniu zębów zapomocą wstrzykiwań śródziąsłowych. Lindy Maryi: O ulepszeniach w złocie „Solila“.

Korespondencya Redakcyi. *Dr. M. w B.* Szczegółowa odpowiedź na wszystkie pytania wymaga obszerniejszego wyjaśnienia, które chętnie udzielimy listownie i w tym celu upraszamy o przysłanie adresu.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków 5. Marca 1898. Nr. 10.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Dalsze badania nad czynnością nerek [1])

napisał

Prof. Dr. W. Sobierański.

Nim przystąpię do głównego mego zadania, to jest do przedstawienia zmian, zachodzących w nabłonkach kanalików moczowych podczas czynności nerek, pragnę powiedzieć kilka słów o funkcyi nerek wogóle, a czynię to dlatego, aby moje teraźniejsze poszukiwania przedstawiły się wypuklej, a przeto i zrozumialej.

Wiadomo, że dotychczas istnieją dwie teorye, usiłujące wyjaśnić nam czynność nerek: jedna z nich podana została przez Bowmana [2]), druga zaś przez Ludwiga [3]). Pierwszy z nich, Bowman, twierdzi, że woda, wraz z solami, przedostaje się przez kłębuszki, tymczasem właściwe sole moczowe, jak mocznik, kwas moczowy, wydzielane zostają przez nabłonki kanalików krętych. Ludwig natomiast mniema, że wszystkie sole moczowe, znajdujące się w stanie wolnym we krwi, przedostają się przez kłębuszki na drodze dyfuzyi i osmozy. Nabłonkom zaś kanalików krętych przypisuje własności chłonicze, nie zaś wydzielnicze. Podług tego autora, narządy te sprowadzają właściwe stężenie moczu, który początkowo w stanie zbyt rozcieńczonym przedostaje się przez kłębuszki. Obydwie więc te teorye uznają ważność nabłonków kanalików krętych. Punktem więc spornym jest tylko rola, jaką te narządy odgrywać mają, t. j. czy jest ona wydzielnicza, czy też chłonnicza.

Sprawa ta, pomimo wielkich wysiłków obustronnych, była nierozwiązaną, gdyż tak Bowman jak i Ludwig nie zdołali dostarczyć doświadczalnych dowodów na poparcie swych twierdzeń. Dopiero w ostatnich czasach teorya Bowmana, dzięki Heidenhainowi [4]), zyskała nieomal powszechne uznanie. Pomimo to ja, na zasadzie własnych doświadczeń, zmuszony byłem wystąpić przeciwko teoryi Bowman-Heidenhaina i, zdaje mi się, przestawiłem dostateczną liczbę dowodów na zbicie twierdzeń tych badaczów.

[1]) Odczyt wygłoszony d. 11 czerwca 1897 r. na posiedzeniu sekcyi lwowskiej Tow. lek. galicyjskich.

[2]) W. Bowman. Philos. Transact. I p. 53. 73 fg. 1842.

[3]) C. Ludwig. Mechanismus der Harnsecretion. Marburg. 1843. C. Ludwig. Wagner's Handworterbuch. II, str. 637, 1844. C. Ludwig. Lehrbuch der Physiologie.

[4]) Heidenhain. Mikroskopische Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Nieren. (Arch. für mikroskop. Anatomie, T. X. 1874. str. 1); Heidenhain. Versuche üb. den Vorgana der Harnsecretion Archiv f. d. gesammte Physiologie (T. IX 1874 str. 1); Heidenhain. Physiologie der Absonderungsvorgänge. Handbuch d. Physiologie. Herausgegeben von Hermann (T. V, część 1-sza Lipsk 1880).

Nie mam zamiaru tutaj opisywać mych dawnych doświadczeń, gdyż te, dwa lata temu, ogłoszone zostały drukiem (w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ T. XCI str. 485, a także w „Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie“ T. XXXV, str. 115), natomiast przystępuję wprost do przedstawienia świeżo zdobytych wyników.

Już wyżej zaznaczyłem, że główny spór toczy się o czynność kanalików krętych; na nie więc zwróciłem szczególnie moją uwagę, gdyż sądziłem, że przez zbadanie zmian, zachodzących pod wpływem środków moczopędnych w nabłonkach nerki, możemy osiągnąć ważne zdobycze i — nieomyliłem się.

Przedewszystkiem jednak pragnę przedstawić w krótkiem streszczeniu to, co dotychczas było znanem o budowie, względnie wejrzeniu, nabłonków kanalików krętych.

Literatura tego przedmiotu jest bardzo znaczna; nie zamierzam jednak tutaj tracić czasu na roztrząsanie pojedyńczych prac; więc z góry zaznaczam, że wejrzenie kanalików krętych rozmaicie było opisywane. Dlatego też n. p. Disse [5]) odróżnia cztery rodzaje kanalików krętych: jedne z nich mają posiadać szerokie, okrągłe światło i pokryte są nizkim przybłonkiem, którego brzeg wewnętrzny jest uzbrojony szczoteczkowatą obwódką; inne znów mają światło węższe, albo nawet całkiem wązkie i nie posiadają owej obwódki, natomiast komórki ich są więcej odgraniczone. Oprócz tych, opisuje Disse jeszcze takie, w których żadnego światła rozpoznać nie można. Autor ten sądzi również, że tak światło jak i nabłonek owych kanalików ulegają zmianie i że rozmaite wejrzenie komórek powodowane jest rozmaitymi okresami wydzielania jednego i tego samego nabłonka. Oprócz tego zaznacza, że obwódka szczoteczkowata ukazuje się tylko na pustych komórkach. Ostatni, który się tym przedmiotem zajmował, był Sauer [6]); autor ten już nie badał nerki prawidłowej, t. j. wyjętej wprost z ustroju, lecz pobudzał ją do żywszej czynności zapomocą soli kuchennej, lub mocznika i doszedł do przekonania, że nabłonek kanalików krętych podczas wydzielania (pojmowanego w myśl Heidenhaina) zupełnie się nie zmienia, a że szczoteczkowata obwódka na nabłonkach zawsze znajdować się powinna; brak jej zaś uważał za wytwór sztuczny, wywołany płynami ustalającymi. Przekonamy się później, że twierdzenia Sauera są jednostronne, a przeto zupełnie błędne.

Z powyższego krótkiego zestawienia wynika, że dotych-

[5]) J. Disse. Ueber die Veränderungen der Nierenspithelien bei der Sekretion. Anatomische Hefte 1892 I. Abtheilung. Heft V, str. 143.

[6]) Sauer. Neue Untersuchungen über das Nierenepithel und sein Verhalten bei der Harnabsorderung Archiv f. mikroskop. Anatomie. (Tom 46, 1896, str. 109).

czas panują najrozmaitsze przekonania, tak co do kształtu nabłonków w kanalikach krętych, jak i do występowania obwódki. Pewnikiem jest tylko to, że wspomniana obwódka tworzy prawidłową składową część komórki, a tylko pojawianie się jej lub znikanie jest niejasnem. Również zaznaczam, że dotychczas wszyscy autorowie znajdowali się pod wpływem teoryi Bowman-Heidenhaina i wielu z nich wprost tłómaczyło, że rozmaite wejrzenie nabłonków w kanalikach krętych zależy od ich czynności wydzielniczej.

Podczas mej dawniejszej pracy nad nerką zauważyłem, że kanaliki kręte pod wpływem rozmaitych środków moczopędnych, zmieniają swoje wejrzenie. Jednakowoż wejrzenie to stale było przywiązane do pewnego środka moczopędnego.

Doświadczenia moje uskuteczniałem przeważnie na królikach, gdyż te zwierzęta, dla swojej wrażliwości diuretycznej, szczególnie nadają się do tych badań.

Zwykle zwierzę takie uprzednio chloralizowałem, a następnie, gdy ono pogrążone było w głębokiem uśpieniu, robiłem małe cięcie na brzuchu, wzdłuż smugi białej i wyszukiwałem moczowody, w które wprowadzałem cienkie kaniulki szklane, służące do odprowadzania moczu. Mocz wyciekający był zbierany w małe naczynia szklane i co 10 minut ważony dla oznaczenia skutku diuretycznego.

Gdy spostrzegłem, że diureza, pod wpływem jakiegoś środka moczopędnego, osiągnęła swe *maximum*, wtedy zabijałem królika i nerkę, drobno pokrajaną, wrzucałem do płynu utrwalającego. Najprzód jednakowoż musiałem poszukać odpowiedniego płynu, któryby dobrze i szybko utrwalał szczegóły, głównie obwódkę szczoteczkowatą. Próbowałem najprzód płyny, zalecane przez Forniera[7]), Krusego[8]) i Lorenza[9]); lecz te nie wydały zadawalniających wyników, w każdym razie były lepsze od płynu Müllera, albo od alkoholu; ten ostatni okazał się do tych celów zupełnie niezdatnym[10]). Po tych dosyć długich próbach, najlepsze wyniki dała mnie mięszanina równych części $2^0/_0$ roztworu kwasu osmowego i nasyconego wodnego roztworu sublimatu, z dodatkiem kilku kropel (2—3 na 10 ctm. mięszaniny) kwasu octowego lodowatego. Płyn ten doskonale ustala obwódkę szczoteczkowatą, a zwłaszcza delikatne jej prążkowanie. Natomiast ujemną stroną tej mięszaniny jest to, że preparat, pomimo najstaranniejszego wypłókania, barwi się nie tak łatwo i nie tak pięknie, jak, dajmy na to, po utrwalaniu roztworem sublimatu. Zwykle jednak używałem skrawków niebarwionych, na których tak jądro, jak i całą budowę, bardzo wyraźnie można było rozeznać. Dalsze postępowanie z preparatami było zwykłe: po wypłókaniu wodą, następował alkohol, dalej ksylol, ksylol wraz z parafiną, wreszcie zatopienie w parafinie.

(Dokończenie nastąpi).

[7]) O. Fornier. Ueber den Bürstenbesatz an Drüsenepithelien, (*Archiv f. mikr. Anatomie*, Tom 27, 1886, str. 442).

[8]) Walter Kruse. Ein Beitrag zur Histologie der gewundenen Harnkanälchen. (*Virchow's Archiv*, Tom 109, str. 191).

[9]) Lorenz. Untersuchungen über den Bürstensaum und dessen Bedeutung an normalen und pathologischen Nieren. (*Zeit. für klinische Medizin* Tom XV 1889, str. 400).

[10]) Płynu utrwalającego podanego przez Sauera (mięszanina: alkoholu, chloroformu i kwasu octowego lodowatego) nie używałem, gdyż moja praca uskutecznioną była wcześniej, aniżeli doświadczenia tego autora. Natomiast używałem także roztworu Altmanna, który obwódki nie utrwala, tylko granule. O wynikach otrzymanych w tym względzie, wspomnę w mej obszerniejszej pracy, która się wkrótce ukaże.

II. O szóstym zmyśle.

Podał

Dr. Józef Zanietowski.

(Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego, dnia 30 czerwca 1897 r.

I.

Pragnąc zadośćuczynić niejednokrotnie wyrażanym życzeniom, aby na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego i w prasowym jego organie poruszane były od czasu do czasu sprawy niekoniecznie „akademickie“ i nowe, lecz nawet częściowo znane, a ogółowi lekarzy nie zawsze dostępne, postanowiłem pomówić o interesującym przedmiocie, nad którym świat naukowy pracuje od lat kilkudziesięciu, a który w podręcznikach specyalnych, a tembardziej jeszcze w publikacyach ogólniejszej natury, bywa częstokroć traktowanym bardzo pobieżnie, lub nawet zupełnie pomijanym. Zastrzegam się przytem z góry, że, jeżeli kiedykolwiek miałem zaszczyt przedstawić na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego jakiś nowy przyrząd fizyologiczny, lub podzielić się wynikami własnych spostrzeżeń, to dziś wyłącznie poprzestaję na opisaniu cudzych badań i na zdaniu sprawy z bogatej, a przypadkowo dostępnej mi literatury. Do naukowej pogawędki czuję się zaś o tyle bardziej zobowiązany, że miałem sposobność, podczas mojego pobytu we Wiedniu, naocznie się przypatrzyć ciekawym doświadczeniom, wykonanym w zakładzie fizyologicznym i w Instytucie głuchoniemych, a rzucającym odrębne światło na przedmiot, o którym dziś mówić mamy; chętnie też pośpieszam podzielić się tem, co widziałem lub po części sam, dorywczo, w chwilach wolnych od badań własnych, z ciekawości powtórzyć mogłem, oraz tem, co do mojego rozporządzenia w tym kierunku z cennego bibliotecznego materyału oddanem było.

* * *

Od czasu, kiedy Flourens przed siedemdziesięciu laty wypowiedział zdanie, że niemożliwą jest rzeczą, aby tak zwane pęcherzyki słuchowe raków, wypełnione piaskiem i kamyczkami, mogły służyć do odróżniania dźwięków lub szmerów, zwrócono baczniejszą uwagę na narząd słuchowy zwierząt niższych. Przewodnią myślą Flourensa było twierdzenie, że przyroda nie byłaby użyła narządu tak niezgrabnego i tak grubo ciosanego do subtelnej percepcyi dźwięków; od tego też czasu, idąc w ślad za hipotezami Flourensa, coraz to liczniejsi badacze wypowiadali tu i ówdzie zdanie, że mniemany narząd słuchowy zwierząt niższych do innych zupełnie służy celów.

Doświadczenia, wykonywane na rybach, muchówkach, rakach i żabach, przekonywały bowiem rzeczywiście, że zwierzęta, pozbawione mniemanych narządów słuchowych, traciły bądź w zupełności, bądź częściowo, możność swobodnego wykonywania ruchów i oryentowania się wśród otoczenia. Stąd też narządy te ochrzczono mianem organów oryentacyjnych, lub przypisywano im wpływ jakiś na kierunek ruchu i na położenie ciała, lub wreszcie nazywano je po prostu zmysłem równowagi. Zawiła ta nomenklatura nie zdziwi nikogo, kto sobie zda sprawę z tego, że każdy badacz prawie, który się zajmował rozstrzygnięciem wymienio-

nych zagadnień, z powodu trudności doświadczalnych, w pewnym tylko kierunku wytężał swoje usiłowania i swoją uwagę, a z spostrzeganych zjawisk wysnuwał nazwę, która jego zdaniem najlepiej określała czynności badanego narządu tak, iż w końcu jednemu i temu samemu narządowi dostał się w udziele cały szereg mniej lub więcej uzasadnionych tytułów. Zdanie, dopiero co wypowiedziane, postaram się objaśnić kilkoma przykładami, zaczerpniętymi z obszernej literatury, której na tem miejscu nie mogę i nie chcę roztrząsać wyczerpująco:

I tak Goltz zauważył, że zwierzęta, które w stanie prawidłowym doskonale huśtać się mogą na chwiejącej się desce, po utracie narządu słuchowego, z tej deski spadają, czyli tracą równowagę; (*nicht im Stande sind ihr Gleichgewicht zu behaupten* Arch. f. Phys. 1870) i nazwał wymieniony organ narządem równowagi. Loeb przekonał się, że ryby, w podobnych warunkach, pływają brzuchem do góry i robią takie wrażenie, jakby niezdawały sobie sprawy z położenia, w którem się znajdują (*im Wasser desorientirt sind.* Pflügers Arch. XLIX), stąd też geneza nazwy: zmysłu oryentacyjnego. Delage obracał szybko żaby na jakiejś wirującej płaszczyźnie, przyczem zauważył, że żaby prawidłowe podczas obrotu przechylają się głową i ciałem ku osi obrotu, podczas gdy żaby bez narządu słuchowego tak się zachowują, jak gdyby nie wiedziały zupełnie o tem, że się obracają, coby mogło być dowodem, że brakuje im narządu do oryentowania się o ruchach obrotowych (»perception des mouvements de la rotation« Comptes rendus CIII); stąd też nazwa organu czucia obrotowego. Breuer, wreszcie wysnuł z doświadczeń, w których podrażniał mechanicznie, termicznie lub elektrycznie odpowiedni kanał półkręgowy labiryntu i wywoływał ruch głowy w płaszczyznie kanału, że ruch endolimfy podrażnia zakończenia nerwowe i że przez to zostaje wywołane czucie, które świadczy o położeniu głowy; dlatego też w pracy swej o funkcyach labiryntu podkreśla zdanie, iż ten narząd słuchowy zwierząt niższych a labirynt zwierząt wyższych jest organem sensacyj ruchu (Scheint mir die Frage nahezuliegen, ob denn die grobe Perception des Otholithenstosses und damit die Bewegung des Körpers nicht die erste Leistung dieses Organes ist". (Med. Jahrb. 1874).

Podobnych przykładów mógłbym przytoczyć więcej, lecz poprzestaję tylko na podkreśleniu faktu, iż większą liczbą badaczy kierowały pokrewne poniekąd myśli, jeśli już nie zupełnie identyczne, i że większość uczonych z chęcią się przechylała do zdania, iż mniemany narząd słuchowy nie służy do słuchu, zwłaszcza u tych najniższych zwierząt, u których niema nawet śladu plamki pigmentowej dla odczuwania ważniejszych chyba wrażeń świetlnych. Spór zatem rozegrywał się tylko o to, do czego ten zagadkowy narząd służy, lecz większość przyznawała zgodnie, iż nie jest on organem słuchu. Tylko kilku autorów zajęło stanowisko odrębne, twierdząc, iż w swoich doświadczeniach nie stwierdzili objawów, podanych przez innych badaczy, kilku zaś starało się sformułować teorye odrębne; nazwiska tych nielicznych badaczy, zaopatrzone są znakiem odrębnym w spisie prac, przez co dla ciekawych chciałbym dostarczyć wskazówki, gdzie szukać należy odpowiednich źródeł, dla ogółu zaś łaskawych czytelników zaoszczędzić czasu ominięciem drobnostkowych szczegółów. Nie chcę przez to bynajmniej przechylać sprawy na jedną stronę, lecz ujemne dowody w fizyologii mają to do siebie, iż bardzo łatwo dadzą się streścić; a treścią ich w naszym przypadku byłoby twierdzenie, że mniemany narząd słuchowy nie służy ani do słuchu, ani do tego wszystkiego, co wymienieni liczni badacze mozolną pracą wykryć i udowodnić usiłowali.

II.

Spór naukowy między dwoma obozami, z których jeden się składał z kilkudziesięciu zwolenników teoryi ekwilibrystycznej, a drugi liczył zaledwie paru członków, nie byłby może doszedł do większych rozmiarów i dla praktycznej strony nauki nie byłby nabrał takiej wagi, gdyby badaniom fizyologicznym nie przyszła klinika w pomoc, a doświadczeniom wiwisekcyjnym obserwacye, dokonane na ludziach. Od czasu kiedy Menière w akademii medycznej a Hillaret w Towarzystwie biologicznem przedłożyli wyniki swoich spostrzeżeń, zwrócono jeszcze baczniejszą uwagę na związek, zachodzący między narządem słuchowym, a zboczeniami chorobowemi w zakresie układu mięśniowego i sposobie wykonywania ruchów, przedstawiającemi wielką analogię z objawami, opisanymi przez fizyologów. Punktem ciężkości badań było już nie tyle zoologiczne pytanie, czy pęcherzyki słuchowe zwierząt niższych rzeczywiście służą dla słyszenia, jak raczej ważna kwestya, czy pewne części ludzkiego ucha wewnętrznego nie odpowiadają swoją budową i swem zachowaniem się hipotezie o istnieniu odrębnego jakiegoś zmysłu. Na cóżby bowiem miał służyć rozdział nerwu słuchowego na dwie części? na co specyalne zakończenia w ślimaku, a osobne w labiryncie? na co łukowate zagięcie trzech wązkich kanałów i przebieg tychże w trzech kierunkach przestrzeni? na co istnienie kamyczków w tych aparatach końcowych i to w liczbie zależnej od pewnych warunków lokomocyi? Czy raczej nie należałoby przypuścić, iż labirynt człowieka i zwierząt wyższych służy do innych celów, i według praw rozwojowych odpowiada mniemanym pęcherzykom słuchowym zwierząt niższych, tembardziej, że stany chorobowe, lub brak labiryntu, podobne wywołują cechujące skutki, co zniszczenie pęcherzyków słuchowych? oto pytania, które się nasunęły badaczom z kolei rzeczy na myśl i do rozwiązania których, w miarę możności, zaczęli dążyć drogą doświadczalną i drogą klinicznej obserwacyi. Z całego szeregu doświadczeń i wysnutych z obserwacyi wniosków postaram się tu streścić najważniejsze tylko hipotezy.

Otolitów czyli kamyczków balansujących na włoskach przybłonka, pokrywającego wnętrze labiryntu, a połączonych z zakończeniami nerwowemi, mają ptaki i ryby po 3, ssawce zaś po 2, może dla tego, że poruszają się tylko w dwóch kierunkach przestrzeni. Otolity te przylegają bardzo lekko do włosków „maculae utriculi et sacculi" i łatwo na nich przesuwają się. Działać na nie mogą trzy czynniki, a mianowicie: siła ciążenia, siła odśrodkowa i dośrodkowa, wreszcie zmiany natężenia ruchu czyli przyśpieszenie lub zwolnienie jego. Siłę ciężkości, działającą na otolity, leżące na włoskach pod kątem 30° do poziomu, można rozłożyć na składową siłę, ciągnącą otolit na bok i siłę przyciskającą go do włosków. Jeśli zatem zadziała prócz siły ciężkości jeszcze inna siła, to możemy ją znowu rozłożyć na dwie składowe, z których jedna działa przeciw sile przyciskającej, a druga wzmacnia siłę ciągnącą na bok. Taki przypadek przy prawidłowem poruszaniu się ma tylko wtedy miejsce, gdy jakaś przyczyna pochyli zwierzę, albowiem wtedy otolit z większą chyżością zsuwa się na bok po włoskach, a z mniejszą ciśnie ku dołowi. Fakt ten staje się niejako sygnałem dla zwierzęcia, że go coś przewraca na bok, skutkiem czego skręca się ku prawidłowemu położeniu po-

ziomemu, a właściwie w stronę przeciwną, niż działająca siła. Co się tyczy siły odśrodkowej i dośrodkowej, nadmienić można tyle, iż wedle niektórych hipotez, obrót ciała można poznać po tem, że łuk labiryntu obraca się wraz z nami i z włoskami nabłonkowymi, a ciecz bardzo mało się porusza. Zachodzić tu ma, zdaniem niektórych autorów, podobieństwo z owem doświadczeniem fizycznem, w którem obracamy na tokarni szklane naczynie łukowate, zaopatrzone na wewnętrznej stronie pędzlem; przekonywujemy się przytem, że ciecz się nie obraca w naczyniu znacznie, ale natomiast obraca się ściana naczynia i wetknięty w nią pędzel; to też pędzel ten będzie się odpowiednio do ruchu rozchylał. Jeśli nagle ruch przerwiemy, włoski pędzla lub labiryntu obrócą się w kierunku przeciwnym. Tem możnaby więc tłómaczyć, że ciągłego ruchu obrotowego, n. p. w tańcu, nie odczuwamy, jako zawrót głowy, lecz zdajemy sobie sprawę z początku i z końca ruchu; gdy zaś nagle staniemy, dostajemy zawrotu, albowiem włoski przechylą się w przeciwną stronę i zdaje nam się, że padamy w stronę przeciwną. Wedle niektórych autorów wreszcie i trzeci czynnik oddziaływać może na sygnały otolitowe, a każde przyśpieszenie lub zwolnienie ruchu otolitu, opadającego wprzód lub tył na włosku, każe nam wnioskować o ruchu postępowym lub wstecznym i o zmianach natężenia tego ruchu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiel.

Zestawił

Prof. Dr. Leon Wachholz.

III. Uduszenie gwałtowne czy utopienie? Morderstwo, samobójstwo czy wypadek?

(Ciąg dalszy).

Prokuratorya Państwa w P., niezadowolona takim wynikiem oględzin, zażądała od tych samych znawców dodatkowych wyjaśnień, oraz zaznaczyła słowami „bez znaczenia" wstęp do protokółu oględzin, obejmujący uwagę znawców, dotyczącą niewłaściwego zdjęcia łańcucha i chustki z szyi i głowy denatki, przed przybyciem Komisyi. Wątpliwości, których wyjaśnienia zażądała Prokuratorya Państwa dają się objąć pytaniami:

1) Co było przyczyną śmierci denatki, gdyż pojęcie „uduszenie" wyjaśnia tylko sposób zadania śmierci, albowiem człowiek uduszony nie umiera z uduszenia, tylko z jego skutków, a skutki te stanowią dopiero przyczynę śmierci.

2) Ostateczną przyczyną śmierci zadanej uduszeniem bywa obrzęk płuc; gdyby zatem denatka była przed wrzuceniem jej do wody duszoną, musiałaby okazywać obrzęk płuc; czy zatem, wobec braku obrzęku płuc, zdaniem znawców, była mimo to denatka uduszoną?

3) Zabarwienie płuc ludzkich bywa różowe, a nie łupkowo-sine; czy zatem płuca denatki były w istocie łupkowo-sine, a w takim razie czy to niezwykłe zabarwienie płuc nie dowodzi nasiąknięcia płuc wodą, w której zwłoki denatki znaleziono?

4) Dlaczego pominięto opis bliższy nawodnienia płuc i czy brak wody w drogach oddechowych nie daje się wytłómaczyć wypłynięciem jej przy wydobyciu zwłok z wody?

5) Czy uwięzgnięcie języka między zębami nie daje wyjaśnień co do rodzaju śmierci denatki?

6) Zwłoki uduszonego, rzucone do wody, powinny pływać po powierzchni; czem sobie tedy należy wytłómaczyć, że zwłoki denatki znajdowały się w głębi wody, a dopiero po kilku dniach wypłynęły na jej powierzchnię?

7) Czy i w jaki sposób dałaby się denatka mordercy zanieść nad brzeg wody?

Na powyższe pytania odpowiedzieli znawcy w dłuższym wywodzie:

„Zanim udzielimy szczegółowych wyjaśnień, a raczej informacyi na poszczególne punkty, pozwolimy sobie zauważyć, iż klauzula z uwagą „bez znaczenia", zrobiona na wstępie protokółu oględzin, przy opisie, dotyczącym zdjęcia łańcuchów z szyi denatki, jest stanowczo bezpodstawną. Jest bowiem rzeczą konieczną i zawsze praktykowaną, iż w razie podejrzenia o czyn zbrodniczy, a więc zabójstwa lub morderstwa, nie powinno się trupa ruszać z miejsca, w którem go znaleziono, a tem bardziej niewolno zdejmować odzieży lub nawet, co najważniejsze, zdejmować z szyi jego lub kończyn sznury, łańcuchy, lub tym podobne przedmioty, mogące mieć ścisły związek ze sposobem jego mordowania, a więc ostateczną przyczyną śmierci. Nie jest zatem „bez znaczenia", czy pętla sznura lub łańcucha, okalającego szyję denata, przebiega do okoła szyi w kierunku zupełnie poziomym, lub też przebiega skośnie, wznosząc się poza uszyma ku górze i gubiąc się w okolicy karku. Bruzda bowiem, co do swej jakości i kierunku przebiegu, jest niekiedy jedyną podstawą do ocenienia przez rzeczoznawców, czy w danym przypadku było powieszenie samobójcze, czy też uduszenie ręką zbrodniczą. Pozdejmowanie przeto łańcuchów z szyi denatki nie było dla nas „bez znaczenia", lecz stanowiło ważny brak w załatwieniu ścisłej ekspertyzy, i z tego to powodu, uwidocznionem to zostało na samym wstępie protokółu oględzin.

Odpowiadając obecnie na poszczególne punkta protokółu, zaatakowane wnioskiem świetnej c. k. Prokuratoryi Państwa, podajemy:

ad 1: Pojmując obowiązki znawców sądowych, co do należytego określenia w orzeczeniu lekarskiem przyczyny i rodzaju śmierci denata, podaliśmy, „że denatka zmarła śmiercią gwałtowną, a to wskutek uduszenia". Orzeczenie takie zgadza się najzupełniej z pojęciem lekarskiem i definiuje zupełnie jasno, w jaki sposób denatka zginęła; nie można bowiem w protokole lekarskim, mającym być zrozumiałym tak dla lekarzy jak i nielekarzy, podawać jako przyczynę śmierci, zmiany anatomiczne, tym rodzajem śmierci wywołane, zatem podać w protokóle: że denatka zmarła na płynność i ciemne zabarwienie krwi w prawej komórce sercowej i na różne, bądź stałe bądź niestałe przekrwienie mózgu; taka definicya bowiem byłaby, zdaniem naszem, całkiem niezrozumiała. Dla wyjaśnienia Świetnej Prokuratoryi Państwa pozwalamy sobie dodać, że uduszenie nie jest środkiem, ani też przyczyną, lecz wynikiem duszenia, a zmiany znalezione na trupie przy tego rodzaju śmierci, obejmuje definicya, „zmarł lub zmarła wskutek uduszenia", a medycyna sądowa, o ile nam wiadomo, niema innego wyrażenia.

Z uwagi zaś, iż trupa znaleziono w stanie bardzo znacznej zgnilizny, wskutek której mózg był prawie płynnym, podobnym do papki zielonawej, nie było przeto w mocy znawców wyśledzenie tam zmian anatomiczno-patologicznych, potrzebnych tak lekarzowi jak i laikowi do całości obrazu śmierci z uduszenia; niemożliwem zaś jest, aby, celem uzupełnienia idealnej całości anatomicznego obrazu, rzeczoznawca komponował rzeczy, których na trupie, osobliwie całkowicie zgniłym, znaleźć nie był w stanie.

ad 2: Uwaga we wniosku Świetnej Prokuratoryi Państwa, jakoby w razie poprzedniego duszenia denatki, zanim ją wrzucono do wody, musiał być ostateczną przyczyną śmierci obrzęk płuc, jest zupełnie błędną, gdyż obrzęk płuc nie jest koniecznym i stałym objawem stwierdzonym przy śmierci gwałtownej z uduszenia i bywa znajdowanym właśnie tylko w tych wypadkach, w których konanie trwało przez czas dłuższy, a zatem miąższ płuc i pęcherzyki płucne, nasiąkając powoli surowicą krwi, przesiąknięta z naczyń krwionośnych, miały czas przybrać objawy, objęte pojęciem obrzęku płuc. Dlatego też brak soczystości i obrzęku płuc wcale nie przemawia przeciw śmierci z uduszenia, lecz przeciwnie stwierdza stanowczo obok innych znalezionych zmian nasze pierwotne orzeczenie, że śmierć nastąpiła wyłącznie z uduszenia, a nie z utopienia.

Ad 3: Wyjaśniając niezrozumiały tylko dla laika objaw, iż płuca były barwy łupkowo-sinej, a zatem musiały być nasiąkłe wodą, w przeciwnym razie powinny były mieć barwę różową, odpowiadamy, iż stanowczo miały barwę łupkową i wcale nie były przesiąkłe, lub napełnione wodą; przyczem dodajemy, iż barwy różowej płuc w zwłokach osoby dorosłej, a tem bardziej wiekowej, o ile nam wiadomo, dotąd nigdzie nie obserwowano. Barwę taką posiadają tylko płuca noworodków, lub conajwyżej płuca dzieci w pierwszych latach życia. Barwa płuc ludzi wiekowych jest zawsze łupkowo siną, a czasem nawet prawie czarną; wskutek obficie nagromadzonego barwika i stanowi niejako charakterystykę anatomiczną płuc osób wiekowych.

Ad 4: Na punkt, iż znawcy nawodnienia bliżej nie opisali, dajemy to wyjaśnienie, iż nie podobna podawać nawodnienia płuc tam, gdzie go całkiem nie znaleziono, co również zaznaczono w pierwszym protokóle. Twierdzenie, jakoby woda, wrzekomo zapełniająca płuca denatki, wypłynęła z nich w czasie wyjmowania zwłok z wody, jest zupełnie błędne i nigdy się nie zdarza. Przy utonięciu bowiem za życia płuca oraz drogi oddechowe i żołądek wypełnione płynem pogrążnym, nigdy się z takowego nie opróżniają całkowicie, a płyn ten znachodzi się zawsze w tych narządach przy sekcyi.

Ad. 5: Uwięzgnięcie języka pomiędzy zębami przemawia wyłącznie za śmiercią z uduszenia, zwłaszcza zaś z powieszenia, a nigdy za śmiercią z utonięcia.

Ad. 6: Trup dlatego wypłynął po 6-ciu dniach na wierzch, ponieważ najprawdopodobniej wypadł kamień z pętli łańcucha, a wówczas gazy gnilne uniosły trupa na wierzch, mimo ciężkich łańcuchów; gdyby kamień nie był wypadł, trup pozostałby do dziś dnia w głębi stawu. A nadto zdaje nam się, że jedynie dlatego użyto łańcucha, a nie sznura, aby utrzymać trupa w głębi dłużej, w tem przekonaniu, iż sznur uległby łatwo przegniciu, poczem trup musiałby wypłynąć. Tak trup utopionego, jak i poprzód uduszonego, tonie, potem, wskutek gnicia, wypływa.

Ad 7: Czy i w jaki sposób dałaby się denatka zanieść nad brzeg wody i tam walczyła z mordercą, może rozstrzygnąć śledztwo. Protokół zaś jasno określa brak obrażeń.

W końcu pozwalamy sobie oświadczyć, że wynik sekcyi na trupie tak zgniłym, był aż nadto zadowalniającym i pozwolił nam, mimo braku zmian anatomicznych w mózgu, wysnuć jasny wniosek co do przyczyny śmierci denatki i zdefiniować orzeczenie, które, zdaniem naszem, mogło o tyle, o ile w takich okolicznościach możliwe, zadowolnić wymogi tak sędziego śledczego, jak i Świetnej Prokuratoryi Państwa.

Mimo końcowej apostrofy znawców nie zadowolniła się Prokuratorya Państwa w P. powyższą odpowiedzią pp. znawców, lecz poleciła sądowi zwrócić się, przy załączeniu aktów, do Wydziału lekarskiego z prośbą o wydanie w powyższej sprawie stanowczego orzeczenia. Orzeczenie Wydziału lekarskiego opiewało:

1) Sekcya sądowa zwłok Ewy S. stwierdziła na nich daleko posunięty rozkład gnilny, w obec którego to stanu staje się niemożliwem stanowcze i ścisłe określenie przyczyny śmierci denatki.

2. Sekcya zwłok Ewy S. nie dostarczyła żadnych dowodów, któreby przemawiały za śmiercią gwałtowną z mechanicznego uduszenia, zadaną denatce ręką drugiej osoby. Natomiast tak wynik Sekcyi, jak i okoliczność, iż zwłoki Ewy S. znaleziono w wodzie, nie wykluczają możliwości, iż Ewa S. zmarła wskutek utonięcia, owszem czynią tę możliwość wielce, a nawet jedynie prawdopodobną.

3) Ze stanowiska sądowo-lekarskiego nie znajduje Wydział lekarski podstawy do twierdzenia, iż Ewę S. przyprawiła o śmierć w wodzie druga osoba. Obecność znalezionego na szyi denatki ciężkiego łańcucha wyklucza prawdopodobieństwo przypadkowego utonięcia, a natomiast przemawia ona raczej za samobójstwem. Doświadczenie bowiem sądowo-lekarskie poucza, że samobójcy, szukający śmierci w wodzie, obciążają chętnie swe ciało ciężarami, aby tem skuteczniej i prędzej osiągnąć pożądany kres życia.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Wyciągi.

Dr. Radwansky: **Całkowite wypadnięcie macicy u noworodka**. (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 2, 1898). Najczęściej u noworodków z wadami rozwojowymi, jako to wodogłowiem lub tarnią dwudzielną, spostrzegano równocześnie wypadnięcie macicy. Przypadek opisany przez R. wyróżnia się tem, że dziecko było zupełnie prawidłowo rozwinięte, a wypadnięcie macicy było tak znacznego stopnia, że przy napieraniu dno macicy występowało przed szparę sromową. Macica nie dawała się trwale odprowadzić, a po odprowadzeniu napowrót wypadała. R. stósował w opisanym przypadku zmywania wodą borową i maść borową. W przeciągu dwóch tygodni macica cofnęła się dobrowolnie tak, iż w szparze sromowej już tylko ujście jej zewnętrzne było widoczne. *Piotrowski.*

Dr. J. Bayer: **O mleczkowatych (chylosus) wylewach do jamy brzusznej i opłucnowej.** (*Mitteil a. d. Grenzgebieten d. Medicin. u. d. Chirurgie* Tom II. str. 67 i n.)

Do oddziału chirurgicznego Prof. Bardenheuera zgłosił się 19-letni młodzieniec, u którego, oprócz objawów nieżytowych w szczycie płuca lewego, istniały objawy wolnego płynu w jamie opłucnowej prawej i w jamie brzusznej. Rozpoznano gruźlicze zapalenie opłucnej i otrzewnej. Z powodu duszności nakłóto obie jamy i wypuszczono płyn biały, bezwonny, opalizujący. Badanie chemiczne wykazało:

substancyi suchej . . .	8,47
tłuszczu	2,91
sernika i białka . . .	4,84
cukru	0,30
popiołu	0,14
wody	83,34

Pod drobnowidem dostrzeżono dokładnie zemulgowane, drobniutkie kuleczki tłuszczu, wykonujące ruch drobinowy, a w każdem polu widzenia około 10 białych i tyleż czerwonych ciałek krwi.

Na podstawie tego badania rozpoznać musiano t. z. „hydrops chylosus“ w odróżnieniu od „hydrops adiposus“. Różnica ważna pod każdym względem. Gdy bowiem *h. chylosus* jest cierpieniem samodzielnem, to *h. adiposus*, jest tylko objawem innych cierpień. A dziś posiadamy już cały szereg cech pozwalających odróżnić jedno cierpienie od drugiego. Drobnowidowo oba płyny tem się różnią od siebie, że w *h. chylosus* kuleczki tłuszczu są bardzo drobniutkie i jednakowej wielkości, w *h. adiposus* kuleczki owe bywają większe i niejednostajne. Od czasu jednak badań Muncka i Rosensteina wiara w tę różnicę została zachwiana.

Pewniejszy już wynik daje badanie chemiczne. Ta sama ilość tłuszczu w płynie mleczkowatym, uzyskanym przez krótko po sobie następujące nakłócia, przemawia za *h. chylosus*. Gdyż trudno przypuścić, aby ilość tłuszczu w jednakowej była ilości w *h. adiposus*, który zawdzięcza swe powstanie, tłuszczowemu zwyrodnieniu tworów patologicznych na wspomnianych błonach surowiczych. Kto jeszcze pewniejszym chce być swego rozpoznania, może uciec się do próby karmienia chorych niezwykłymi tłuszczami, bo napowrót wykazać je można tylko w płynie *hydrops chylosus*. Wreszcie w ostatnich czasach zwrócił Senator uwagę na obecność cukru w *h. chylosus*. Ten szczegół rozpoznawczy wchodzi w rachubę, jeżeli ilość cukru przekracza 0.2%.

Pomijając *h. adiposus*, co do etyologii *h. chylosus*, przyjąć należy obecnie dwa głównie czynniki: 1) uszkodzenie ścian większego naczynia chłonnego, n. p, przewodu piersiowego; 2) zastój w odpływie limfy, spowodowany czy to uciskiem z zewnątrz, czy też skutkiem zatkania światła naczynia skutkiem jakiejkolwiekbądź sprawy patologicznej, toczącej się w samych ściankach naczynia. Do tej gromady należy również upośledzony odpływ skutkiem obliteracyi żyły podobojczykowej i zaczopowanie przez pasorzyta podzwrotnikowego „filaria sanguinis“.

Autor rozpoznał u swego pacyenta ucisk od zewnątrz przez gruzliczo powiększone gruczoły chłonne oskrzelowe. Ponieważ chory po kilkakrotnem nakłóciu *ex indicatione vitali* i wśród używania jodu wyzdrowiał zupełnie, stwierdzić rozpoznania nie było można. *Herman.*

Dr. Pollmann: **Przypadek białaczki u noworodka.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 2, 1898). Autor opisuje przypadek białaczki, o którym sądzi, że choroba rozpoczęła się jeszcze w czasie życia płodowego, po urodzeniu zaś cierpienie przybrało charakter ostry i, w przeciągu 19 dni, spowodowało zejście śmiertelne. Podczas badania, przedsięwziętego dwa tygodnie po urodzeniu dziecka, stwierdzono na skroniach i podudziach obecność wynaczynionek, skóra była blada, nieco żółtawa, wiotka i pomarszczona, wargi ust sinawe. Wątroba powiększona, brzegiem dolnym sięgała do grzebienia kości biodrowej, śledziona również powiększona, ciepłota 38·8. Badanie drobnowidowe krwi wykazało powiększenie liczby ciałek białych, które po większej części były jednojądrzaste. Na podstawie powyższych objawów rozpoznano białaczkę obok podejrzenia drożności przewodu Botalla. Po czterech dniach nastąpiło zejście śmiertelne wśród gorączki 41·5 Cel. Sekcya wykazała, obok powiększenia wątroby i śledziony, powiększenie gruczołów pachwinowych i krezkowych, roztrzeń serca, naloty na zastawkach, przewód tętniczy Botalla i otwór jajowaty (foramen ovale) nie zamknięte. Badanie drobnowidowe wątroby wykazało w komórkach wątrobowych obfite złogi barwika, obok wielkiej ilości leukocytów w przewodach włosowatych, w śledzionie zupełny zanik ciałek Malpighiego. *Piotrowski.*

J. A. Murray: **Podwiązanie żyły grzbietnej prącia przy czynnościowej niezdolności mękiej (impotencyi).** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 50, 1897). Z okazyi 48-go zebrania amerykańskiego Towarzystwa lekarskiego (Philadelphia 1—4 Czerwca 1897), podał J. A. Murray, że w tytule wyrażony zabieg, wykonywał on już 5 razy, a z tych 4 razy z dobrym skutkiem, nie przypisując jednak sobie pierwszeństwa pomysłu tej operacyi. Opierał się on na zdaniu Dra Bartholewa w „Materia Medica“, gdzie ten badacz powiada, że niedostateczne wzwody i niezdolność do spółkowania, często mają swoją przyczynę w rozszerzeniu żyły grzbietnej prącia i następowem wskutek tego szybkiem wypróżnianiu się napęczniałej tkanki jamistej. Według własnego doświadczenia autora może ta operacya mieć skutek trwały u osób silnych z prawidłowem rozwinięciem narządu płciowego; gdy jednakże tych warunków niema, n. p. u neurasteników z małemi, wiotkiemi częściami rodnemi i zmniejszonym popędem płciowym, operacya ta nie posiada żadnych widoków powodzenia, a więc jest przeciwwskazana. Z opisanych przypadków chorobowych wynika, że bezpośrednio po podwiązaniu żyły występował silny wzwód prącia, tak, że koniecznem okazało się stosowanie okładów lodowych i używanie leków kojących; mimo to jednak wzwód trwał w jednym przypadku przez 3 dni i 3 noce.

Mała rana po nacięciu goiła się zawsze bez żadnego odczynu po kilku dniach, a wynik w czterech przypadkach był taki, że wpierw niemożliwe spółkowanie odbywało się po operacyi w sposób prawidłowy. Najstarszy z operowanych miał lat 63, przed rokiem ożenił się z 22 letnią osobą, nigdy jednak nie mógł spółkować; od czasu zaś operacyi, wykonanej przed trzema laty, nie doświadcza żadnej do tego aktu przeszkody, a żona jego już raz rodziła. Jeden niepomyślny przypadek operacyi dotyczy mężczyzny, który długi czas oddawał się samogwałtowi, a obok tego miewał pomazania nocne, nigdy przytem nie odczuwał popędu płciowego. Według podania Murraya był on anemicznym neurastenikiem, posiadał narząd płciowy mały i wiotki, a przytem okazywał zwężenie cewki moczowej. Zatem, według autora, wskazanie do operacyi stanowią przypadki z rozszerzeniem żyły prąciowej górnej, a na dobre wyniki liczyć można, jeśli jest odpowiednie rozwinięcie narządu płciowego i silna budowa osobnika. *Dr. E. C.*

Schaffer: **Przyczynek do badania toksyn gonokoków.** (*Fortschr. d. Med.* 1897. 21). Po wstrzyknięciu wyciągu hodowli gonokoków do cewki, otrzymał autor trzy razy nieżyt cewki, a objaw ten uważa za wiele znaczący ze względu na pytanie, jaki wpływ na przebieg rzeżączki ma wzmożenie zapalenia. Jedni autorowie sądzą, że leczenie przeciwzapalne (niezależnie od działania przeciw drobnoustrojom) jest stósownem, inni jak Finger twierdzą, że w pewnych szczególnie przypadkach wzmożenie zapalenia jest korzystnem. Jeżeli więc to ostatnie zapatrywanie jest słusznem, to w takim razie, wedle zdania autora, toksyny mogłyby być dla nas środkiem, który na drodze naturalnej znosiłby częsty niestosunek słabego oddziaływania błony śluzowej do siły zakażenia drobnoustrojami. Jako dalszą podstawę do swego twierdzenia przytacza autor znaną okoliczność, stwierdzoną doświadczeniem, że świeżo nabyta rzeżączka wywiera pomyślny wpływ na przebieg istniejącej rzeżączki przewlekłej. *F. K.*

Dr. Richard Hippel: **O budowie i istocie żabki (ranula).** (*Archiv Langenbecka* T. 55. zesz I i IV). Na

podstawie siedmiu przypadków żabki, zbadanych dokładnie pod względem histologicznym, dochodzi autor do wniosków rzucających światło nie tylko na powstawanie tego nowotworu, ale i ważnych pod względem leczniczym. Teorya jego jest bardzo zbliżona do zapatrywań francuskiego autora, p. Suzanne. Podczas gdy ten ostatni za pierwotną przyczynę, wywołującą powstawanie żabki, uważa bujanie tkanki łącznej międzypęcherzykowej gruczołu podjęzykowego, skutkiem czego pojedyncze pęcherzyki gruczołu odsznurowane wyrodnieją śluzakowo, a zlewając się ze sobą tworzą torbiel ciągle się zwiększający, to autor na całym szeregu preparatów przekonał się, że skutkiem owego bujania tkanki łącznej ulegają odsznurowaniu i torbielowemu rozdęciu nie zraziki gruczołu ale ich przewody, a w odpowiednich zrazikach gruczołowych, tak jak w każdym gruczole po podwiązaniu jego przewodu, występują tylko zmiany wsteczne. Wzrost zaś dalszych torbieli, odbywa się częścią skutkiem zlewania się ich ze sobą, częścią skutkiem proliferacyi i zwyrodnienia śluzowego wyścielających je przybłonków, wskutek czego treść żabki, zrazu będąca śliną, zmienia się na ciecz śluzową; wreszcie dzięki licznym naczyniom, przebiegającym w ścianach żabki, które częścią przez przepacanie surowicy, częścią przez wynaczynienia przyczyniają się do wzrostu tych torbieli. Ponieważ bujanie to tkanki łącznej odbywa się nierównomiernie w całym gruczole, przeto, aby zapobiedz nawrotowi nowotworu, nie należy się ograniczyć na usunięciu samego tylko torbiela, ale trzeba usunąć i całą śliniankę. Ze względów technicznych autor radzi operować nie ze strony jamy ustnej, ale od zewnątrz, torując sobie przystęp do torbiela i gruczołu podjęzykowego wgłąb, wzdłuż cięcia równoległego do dolnego brzegu żuchwy, a sięgającego od podbródka na jakie 5—6 ctm. ku tyłowi. *A. G.*

A. Hoche. **Zmiany, występujące w rdzeniu pacierzowym, wskutek ucisku mózgowego.** (*Deutsch. Zeitsch. f. Nervhk.* T. II. Z. 6). W ostatnich latach stwierdzono możliwość bezpośrednich zmian w rdzeniu pacierzowym, występujących w następstwie zwiększonego ucisku śródczaszkowego. Że zmiany takie mogą powstawać drogą czysto mechaniczną, dowodzi zwyrodnienie nerwu wzrokowego, któremu ulega na przejściu przez blaszkę sitowatą przy tarczy zastoinowej. Korzenie tylne, spotykając w kanale pacierzowym podobne warunki zwiększonego parcia, mogłyby tak samo wyrodnieć wskutek samego ucisku. Podejrzenie to potwierdzać się zdają przypadki zwyrodnienia korzeni tylnych, któremu podlegają właśnie na granicy przejścia ich przez oponę miękką, — w miejscu wcięć fizyologicznych, — gdzie włókna pojedyńcze nie posiadają osłonek Schwanna. Zwyrodnienie to, mniej lub więcej wybitne, tak w przypadkach zestawionych przez Picka, jak i w 3 przypadkach guzów śródczaszkowych, spostrzeganych przez samego autora, trzymało się wyraźnie granicy wyżej wspomnianych wcięć, skąd, o ile badania histologiczne stwierdzić pozwalają, przechodzić się zdaje na sznury tylne.

Gdy we wszystkich tych przypadkach istniało podwyższenie ucisku śródczaszkowego (tarcza zastoinowa), a związku żadnego między usadowieniem guzów, jego charakterem, wiekiem chorych, a umiejscowieniem zmian w rdzeniu (co do wysokości), wykazać się nie dało, tem bardziej myśl zwrócona być musi w kierunku zwiększonego parcia w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Ostrożność w wypowiedzeniu stanowczego zdania nakazują fakta, że właśnie te wcięcia fizyologiczne korzeni tylnych, przy sprawach zwyrodnień, przy których wszelkie miejscowe i mechaniczne wpływy muszą być wykluczone, mogą stanowić granicę, której sprawa zwyrodnienia, ku rdzeniowi postępująca, nie przekracza. Nieliczne dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne, — po zwróceniu w tym kierunku uwagi, — niezawodnie się pomnożą; pewnem jednak jest to, że wiele najlżejszych zmian w rdzeniu może przebiegać bez jakichkolwiek objawów — naodwrót zaś, obraz kliniczny guza czaszkowego, może być zakryty objawami rdzeniowymi. *Kwiatkowski.*

N. R. Finsen: **Leczenie liszaja zrącego zogniskowanymi promieniami chemicznymi.** (*La sem. med.* 1897, 59.) Przytoczywszy literaturę o działaniu światła na zmiany skórne i drobnoustroje, przystępuje autor do opisu sposobu używania przez siebie promieni świetlnych. Promienie cieplne t. j. ultra-czerwone aż do żółtych, zogniskowane, wywołują przy dłuższem działaniu spalenie skóry, dlatego też, chcąc zastósować światło w celach leczniczych, trzeba je z działania wykluczyć; autor czyni to w ten sposób, że przepuszcza światło przez wodę zabarwioną na niebiesko (błękit metyl. lub siarkan miedz.) Najlepszem ogniskiem świetlnem jest słońce, w braku zaś tego, elektryczne światło łukowe. Dla zogniskowania promieni słonecznych, w celu działania leczniczego na skórę, należy użyć soczewki płasko-wklęsłej, napełnionej amoniak. rozcz. siarkanu miedz. Dla zogniskowania zaś promieni elektrycznych używa F. osobno do tego zbudowanego przyrządu. Dwie soczewki wypukło-płaskie skupiają promienie, które przechodzą przez przestrzeń wypełnioną wodą przekroploną, zamkniętą takiemi jak powyższe soczewkami; dwa te systemy soczewek dadzą się zbliżać lub oddalać. Między niemi zaś a przedmiotem oświecanym stoi jeszcze naczynie z płynem na niebiesko zabarwionym.

Doświadczenia w ten sposób dokonane wykazały, że zogniskowane światło słoneczne działa na drobnoustroje z 15 razy większą szybkością, niż promienie wprost na hodowle skierowane; a promienie elektryczne jeszcze silniej.

Tkanki żywe przepuszczają światło; chociaż tlen jest potrzebnym przy działaniu światła na drobnoustroje, a krew zawiera go najwięcej, to jednak przekrwienie sztuczne wcale nie zwiększa wpływu światła, gdyż doświadczenia wykazują, że obecność krwi w tkankach przeszkadza przechodzeniu promieni chemicznych. Dlatego też F. wywołuje sztucznie niedokrwność tkanek przed poddaniem ich działaniu promieni, do czego używa ucisku szklanych płytek płaskich lub kulistych, przymocowanych zapomocą opasek elastycznych.

W ten sposób uciśniętą skórę, nawiedzoną przez liszaja żrącego, wystawiał F. w ciągu kilku miesięcy, zapomocą swego przyrządu, na działanie promieni łukowej lampy elektrycznej, przez 2 godziny dziennie. Światło w ten sposób przepuszczone wywołuje na skórze rumień (erythema), a nawet wyprysk pęcherzykowy; wkrótce czerwoność tkanek ustępuje, guzki liszajowe zapadają się, owrzodzenia goją, tak, że zmiany przybierają coraz więcej wejrzenie prawidłowej skóry, lub przeobrażają się w blizny gładkie, blade. Autor leczył tym sposobem kilka przypadków liszaja żrącego z dobrym skutkiem: dwa z nich przedstawił na fotografiach przed i po leczeniu, a wynik, osiągnięty w tych przypadkach zachęca do prób dalszych. *F. K.*

Fraenkel: **Obecny stan nauki o rozpoznawaniu bakteryologicznem błonicy.** (*Münch. M. Woch.* Nr. 2, 1898). Wszyscy klinicyści uznają dziś potrzebę i wartość badania bakteryologicznego przy rozpoznawaniu błonicy; wprawdzie bywają przypadki tak typowe, że już samo badanie kliniczne wystarcza, aby z wszelką pewnością błonicę rozpoznać, lub ją wykluczyć; przydarzają się jednak postacie, w których ostateczne rozstrzygnięcie możliwe jest tylko zapomocą hodowli.

W rozróżnianiu prątków błoniczych niemniej postąpiliśmy znacznie w ostatnich czasach i w większości przypadków możemy zapomocą hodowli w ciągu kilkunastu godzin dać stanowczą odpowiedź. Największą trudność stanowi jeszcze dziś odróżnienie prątka wrzekomobłoniczego. Wszystkie dotychczasowe sposoby odróżnienia tak z cech morfologicznych, jak i z własności biologicznych, nie zawsze są pewne; jedynie oznaczenie kwasoty bulionu, w którym rozwija się badana hodowla, może dać pewne wyniki.

Ostatnimi czasy podał M. Neisser sposób odróżnienia prątków prawdziwych błoniczych od wrzekomo błoniczych, na podstawie pewnych własności barwienia się. A mianowicie, zabarwione kwaśnym błękitem metylowym, a podbarwione farbą, znaną pod nazwą „Bismarkbraun“, 20-godzinne,

przy 35° C. hodowane prątki błonicze, okazują zabarwienie niebieskawe biegunów pręcika wobec reszty prątka brunatno zabarwionego. Prątki wrzekomobłonicze tego odczynu nie dają.

Fraenkel potwierdza badaniami swemi sposób Neissera i wyraża przekonanie, że sposób ten, wobec łatwości i szybkości, z jaką da się wykonać, znajdzie szerokie zastósowanie i ułatwi rozpoznawanie błonicy. *Dr. R.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 9 Lutego 1898 roku.

Przewodniczący kol. Prof. Dr. Jakubowski. — Członków obecnych 38.

I) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Przewodniczący poświęca gorące wspomnienie zmarłemu członkowi Towarzystwa, ś. p. Stanisławowi Paszkowskiemu, którego pamięć uczcili obecni przez powstanie.

Kol. Przewodniczący zawiadamia o odezwie c. k. Namiestnictwa, zapraszającej Towarzystwo do wzięcia udziału przez delegatów lub uczestników w Zjeździe dla higieny i demografii, mającym się odbyć między 10-tym a 17-tym kwietnia b. r. w Madrycie. Delegatem wybrano kol. Bujwida.

Na członków czynnych Towarzystwa wybrano jednogłośnie Dra Władysława Maleszewskiego i Dra Kaźmierza Panka; a jako członka korespondenta — Dra Włodzimierza Sieminowicza z Chicago.

II) Kol. Kędzior przedstawił z kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego:

1) chorą, lat 23 liczącą z gruźlicą płuc, przedstawioną na posiedzeniu Towarzystwa w d. 30 czerwca 1897, u której w miesiącach maju, czerwcu i lipcu r. z. stósowano nową tuberkulinę Kocha *TR*, postępując od 1/500 mg. aż do najwyższej dawki, t. j. 20 mg. substancyi stałej. Przy dawkach większych pojawiły się w plwocinach prątki gruźlicze, których poprzednio nie było. Chorej przybywało na wadze, dreszcze i poty w początkach stósowania leku ustąpiły tak, że wyniki zachęcały do przeprowadzenia całego leczenia. Ogólny odczyn chorej na lek był mały, ciepłota nie wznosiła się po nad 38° C., a tylko po najwyższych dawkach występowało uczucie ogólnego znużenia, bóle głowy, nudności, które mijały po upływie 12—14 godzin; miejscowo zaś w płucach po każdem wstrzyknięciu ilość rzężeń się zwiększała. Po porodzie, odbytym w listopadzie roku zeszłego, stan chorej się pogorszył. Obecnie występują codzień dreszcze, gorączka dochodzi do 38·8° C., plwociny w skąpej ilości zawierają bardzo liczne prątki Kocha; zmiany w płucach, ograniczające się poprzednio do szczytu lewego, zajmują obecnie płuco lewe do pół łopatki, z przodu do 3-go żebra i szczyt prawy.

Tuberkulina więc w tym przypadku korzystnego wpływu na przebieg choroby nie wywarła; o ile zaś zaszkodzić mogła, trudno stanowczo powiedzieć, wiedząc, że i sam poród niekorzystnie wpływa na przebieg gruźlicy.

2) *Atrophia musc. progress. spinalis.* U chorej B. N., lat 18 liczącej, po przemrożeniu, przed trzema laty, wystąpiły typowe objawy zaniku mięśni kończyny górnej prawej, a w ostatnim czasie zanik zaczyna zajmować i kończynę lewą. Rozpoczął się zanik od mięśni międzykostnych i brzusców dłoniowych kciuka i paluszka ręki prawej, zajął następnie mięśnie przedramienia, ramienia i barku. W zakresie niektórych mięśni, mianowicie mięśni krótkich kciuka prawego i lewego, jakoteż paluszka prawego, można już wykazać reakcyę zwyrodnienia. Zajęte mięśnie są zbitości wiotkiej, okazują drgania włókienkowe, zmniejszoną pobudliwość mechaniczną i elektryczną, odruchy ścięgniste zniesione. Zmian w czuciu ani zmian wydzielniczych nie ma żadnych, a pnie nerwowe przy ucisku nie są boleśne. Momentami godnymi podniesienia w tym przypadku, są: powstanie choroby skutkiem przemrożenia i powolny jej przebieg.

3) *Sclerosis cerebro spinalis disseminata post trauma cum sympt. bulbariis.* Chory, liczący lat 24, a wyglądający jak 14-letnie dziecko, okazujący ślady przebytej krzywicy, został przed trzema laty kilkakrotnie pobity po głowie, a raz spadł z drabiny. Od tego czasu cierpi na napady zamraczania, które bywają nieraz tak silne, iż musi on usiąść, aby nie upaść. Od roku przyłączyło się do tych napadów drżenie na całem ciele, utrudnienie mowy, gwizdania i połykania, zwłaszcza płynów. Badanie przedmiotowe wykazuje drżenie intencyjne i emocyjne, *nystagmus* intencyjny, pismo charakterystyczne, osłabienie kończyn, wygórowanie odruchów ścięgnistych, co obok napadów zamraczania udowadnia obecność sprawy rozsianej w mózgu i rdzeniu. Zasługują w tym przypadku na uwagę połowicze zaburzenia w czuciu (prawostronna przeczulica) i dość szybki przebieg choroby; chory okazuje już objawy zajęcia opuszki rdzenia przedłużonego, gdyż nerw twarzowy jest zajęty, gwizdanie i łykanie są utrudnione, a język zanika. (Streszczenie własne).

W rozprawach zabierali głos nad tymi przypadkami: koll. Borzęcki, Gertler, Górski, Krokiewicz.

III) Kol. Krokiewicz mówił: O bardzo czułym odczynie na barwiki żółciowe w moczu, polegającym na zmodyfikowanej metodzie Ehrlicha z kwasem diazobensolsiarkowym. Praca ta, dokonana wspólnie z kol. Dr. Batko, została ogłoszoną w Nr. 7 „Przegl. lekarskiego“.

W rozprawach nad tym odczytem kol. Maleszewski podniósł, iż próba kol. Krokiewicza jest jedynie szczęśliwą modyfikacyą próby Ehrlicha tak zw. sulfodiazobenzolowej na bilirubinę, która ma dawać jednak mniej wybitne zabarwienia. Również twierdzi, że potępiona przez kol. Krokiewicza próba formalinowa Gluzińskiego, udaje się bardzo pięknie z rozczynami czystymi bilirubiny, w moczu zaś, widocznie z jakichś ubocznych powodów, nie występuje wybitnie. Twierdzenia swoje opiera na doświadczeniach, robionych w klinice chorób wewnętrznych.

Kol. Bądzyński poleca bardzo próbę Krokiewicza i podnosi, że próba Ehrlicha zupełnie się nie przyjęła, podczas gdy Krokiewicza ma wszelkie po temu szanse, bo jest bardzo czuła.

Kol. Krokiewicz w odpowiedzi kol. Maleszewskiemu demonstruje jeszcze raz swoje próby i porównywa je z wykonanemi przez kol. Maleszewskiego, przyczem stwierdza naocznie, że zachwalane próby Ehrlichowskie w zupełności nie wytrzymują porównania.

Zebrani podziękowali kol. prelegentowi hucznymi oklaskami.

Dr Gorski.

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

O szpitalach na prowincyi.

Ktokolwiek w ostatnich dziesiątkach lat śledził bieg rozwoju naszego kraju pod względem zdrowotnym, ten z dumą i radością przyznać musi, że nietylko nie stoimy na miejscu, lecz że idziemy ciągle naprzód za postępem; a jeżeli ten ruch nie jest dość żwawy, to wina nie leży w braku głów oświeconych i świadomych stanu potrzeb, lecz w szczupłości środków i nawale zadań. Żeby już nie zaczepiać wcześniej, jak od Dietla i od późniejszego Lutostańskiego, to przecież mamy poczesny szereg mężów bądź już zgasłych, bądź po dziś dzień działających, którzy słowem, piórem i czynem nad poprawą stosunków zdrowotnych kraju dzielnie pracowali, mężów, z których szczerze możemy być dumni. Za ich pobudką zarówno rząd, jak i Sejm krajowy i zwierzchności gminne odczuwały i odczuwają potrzebę nakładów na cele sanitarne, świadcząc na te cele podług sił, a nieraz i nad siły. Może kiedy znajdzie się pióro, które da nam obraz tego wielkiego dzieła zbiorowego, opisze walki z przesądami odwiecznymi, z kołtunem polskim, z uporem głów i z chudością mieszka publicznego, z biurokracyą i z interesami kastowymi, przedstawi, jak myśl dobra i zdrowa wybijała się uporczywie na wierzch, jak jednała sobie przychylność ogółu i rozlewała się na coraz szersze warstwy ludności. Możemy więc, a nawet musimy powiedzieć sobie tak: Ustrój zdrowotny Galicyi we wszystkich swoich działach nie jest utworem sztucznym, na oślep, za wzorem zagranicy, lub opornie, pod naciskiem ustaw, w ząb kraju wciśniętym; lecz jest dziełem pracy prowadzonej długo i celowo w warunkach ekonomicznych bardzo ciężkich, dziełem poczętem w odrębnych właściwościach kraju i do nich dostosowanem. Chcąc zaś o tych sprawach sąd wydawać, nie można brać ich pod miarę zagranicznych wzorów, lecz musi się sądzić je podług miary własnych sił, środków i potrzeb.

Te kilka uwag wstępnych uważałem za konieczne, jako je-

dnolite oświetlenie sprawy, którą w ostatnim kwartale 1897 r. poruszyły w „Przeglądzie lekarskim“ dwa pióra, pisząc o szpitalach prowincyonalnych z dwóch odrębnych punktów widzenia.

Ubóstwo kraju naszego w niczem może tak się nie odzwierciedla, jak w zewnętrznej postaci szpitali prowincyonalnych. Ale nie o ich postać zewnętrzną idzie; idzie o pytanie, czy te skromne i źle uposażone szpitale odpowiadają swemu celowi i potrzebom ludności. Rozjaśnienie tego pytania stanowi treść przytoczonych powyżej dwóch prac: jedna nosi tytuł: Szpitale prowincyonalne w r. 1896, i jest podpisana Dr. J. S. S., druga jest odpowiedzią na pierwszą, ma tytuł: W sprawie szpitali prowincyonalnych, a podpisał ją Dr. X. Autor tej ostatniej pracy wytknął jako cel, „zachęcenie kolegów do dyskusyi nad sprawą szpitali prowincyonalnych“. Dyskusya tem potrzebniejsza, że choć Autor pracę swą uważa za „rozpatrzenie faktycznego stanu rzeczy“, praca to jest bardzo śmiałym szkicem szpitali prowincyonalnych w przyszłości o idealnych zarysach wzorowego urządzenia, szkicem tak oderwanym od szarej rzeczywistości i od galicyjskiej gleby, że wobec jego złudnych kształtów, dzisiejszy ciężki dorobek szpitalny staje w cieniu upokorzenia, niczem niezasłużonego. Czekałem, czy doświadczeńsze pióro nie podejmie obrony pokrzywdzonej sprawy, lecz nie doczekawszy się, sam wypowiadam uwagi, jakie mi się za odpowiednie wydały.

Pierwszą połowę swej pracy krytycznej poświęca Dr. X. polemice z Dr. J. S. S., wykazując, że szpital umieszczony wśród miasta jest dla otoczenia niekorzystny i że szpitale nowe należałoby za miastem budować, stare zaś przenieść za miasto. I twierdzenie, i życzenie jest tak słuszne i oczywiste, że nikogo chyba w tym kierunku przekonywać nie trzeba; a jednak Dr. X., dla przeprowadzenia takiego dowodu, uznał za stósowne odmalować w ponurych barwach położenie zdrowotne obecnych śródmiejskich szpitali i opowiada, że stare nasze szpitale nie mają przeważnie ani dość dokładnego urządzenia zdrowotnego, ani należytej kanalizacyi, ani chemicznej pralni, natomiast zieją wonią pranej bielizny, ostrymi zapachami kuchni, częstokroć wonią kloaczną i nadto nieodstępnym zaduchem szpitalnym, zmięszanym z odorem karbolu i jodoformu; w dodatku podnosi, że szpitale te zbudowane są wśród brudnych uliczek i zaułków żydowskich, przez które chorzy zakażeni muszą dostawać się do szpitala, a służba, która przed chwilą może stykała się bezpośrednio z chorymi na choroby wysypkowe, dur lub czerwonkę, czerpie wodę z odległych studni tak samo podejrzanemi narzędziami.

Ktokolwiek przeczyta ten dosadny opis, musi zaniepokoić się o zdrowie publiczne na prowincyi. Dla uspokojenia tych obaw mogę na szczęście odpowiedzieć dobitnie i krótko: to nie jest prawdą, nie ma w kraju naszym ani jednego szpitala powszechnego, któryby pod względem zewnętrznym i wewnętrznym streszczał wykazane braki; może tu i owdzie udałoby się odszukać pojedyńcze rysy z tej opłakanej całości wyjęte, ale zaiste ani tak silne, ani tak wielkie, by mogły wzbudzić słuszne obawy. Znam osobiście dość wiele szpitali galicyjskich (choć niestety, nie wszystkie) i śmiało mogę powiedzieć, że dla zaprzeczenia twierdzeniom Dra X. wystarczy pojechać i zobaczyć. Skąd więc Dr. X. nabrał farb na swą paletę? Oto wydobył z pracy swego poprzednika Dra J. S. S. pojedyńcze szczegóły i rozsnuł myślowo opisy w odmiennych zgoła celach i dla tych właśnie celów może zbyt dosadnie podane, a pominął w zupełności to, co Dr. J. S. S. na korzyść i chwałę szpitali podał, choćby np. ustęp: „Szpital z urządzeniem zdrowotnem, ciągłą uwagą lekarzy, dezinfekcyą ścieków i ustępów, z odosobnieniem chorych zakaźnych, z pralnią chemiczną, niszczącą zarazki, szpital, nad którym unosi się woń jodoformu i kwasu karbolowego, jest chyba stroną nie krzywdzącą, a krzywdzoną“. Bezstronny czytelnik niech zestawi ten ustęp z poprzednią parafrazą Dra X., a snadno przyzna, że nie godzi się zbywać szermierką słowną, choćby najudatniejszą, sprawy, w której wyłącznie jasne daty i liczby powinny rozstrzygać. Szkoda wielka, że Dr. X. nie zadał sobie trudu naocznego zbadania bodaj kilku szpitali prowincyonalnych, bo byłby się dowiedział, że do wożenia wody w każdym szpitalu są stróże, którzy bezwarunkowo nie doglądają chorych, a dozorcy ze sal nigdy nie zajmują się zaopatrywaniem szpitala w wodę, że do żadnego szpitala nie przywozi się chorych przez ciasne uliczki żydowskich zaułków.

Nie jest zresztą mojem zadaniem bronić zaczepionych poglądów Dra J. S. S.; broni ich ta prosta prawda, że wszystkie dzieła ludzkie zależą od środków, a nie od chęci, co w zastósowaniu do szpitali da się tak określić: szpital nowy trzeba budować za miastem, ale kiedy nie można, to trzeba ten szpital, który jest w mieście, utrzymać na stopie dla zdrowia publicznego jaknajpomyślniejszej. Nie jestto zresztą żadna nowość, bo dość się rozejrzeć po świecie, by zobaczyć, że mnóstwo szpitali po najpierwszych stolicach europejskich znajduje się w obrębie miasta i choć osięgły one z czasem wysoki stopień udoskonalenia w rozłożeniu i urządzeniu na wskróś nowoczesnem, to jednak początkami swymi opierają się one to o średniowieczne domy przytułków, to o klasztory. Dla przykładu weźmy tylko Warszawę z ośmiu szpitalami dużymi w obrębie miasta. A w Paryżu? „Hôtel Dieu“ pochodzi w prostej linii z VII wieku, „Hôpital de la Pitié“ powstał z przytuliska, założonego w r. 1612; opromieniona sławą Charcota „La Salpetrière“, to dawny „Hôpital général“ z r. 1656. Nić dziejowa łączy pokolenia z pokoleniami, wiek bierze po wieku spadki złe i dobre, a rzeczą zdrowego postępu nie burzyć, lecz rozumnie wśród tych historycznych dobytków gospodarować. Nie godzi się też nam potępiać tych starych szpitali i hospicyów, choć Dr. X. w rozsadnictwie zarazy poczesne wyznacza im miejsce, ale patrzeć na nie, jako na prawowitą matkę, która zrodziła nowożytne szpitalnictwo, dała wśród swych murów pole do pracy wielkim twórcom podwalin naszej wiedzy dzisiejszej, ustrzegła nas przez swoje chrześciańskie miłosierdzie od smutnego dziedzictwa trądu i dżumy. Są jeszcze inne przyczyny, które utrudniają lub niweczą bezwzględną zasadę zamiejskich szpitali, właśnie w najgorliwszem ich wykonywaniu. I tak szpitale dość nowe, za miastem zbudowane, przez szalony wzrost miast zostają otoczone domami (np. w Berlinie im Friedrichshain), bądź też gminy z miastem sąsiadujące sprzeciwiają się tworzeniu na swych obszarach szpitali zamiejskich, zwłaszcza dla chorób zakaźnych.

Te przykłady, sądzę, wystarczą na dowód, że akademicka teza „szpitale za miasto“ w życiu praktycznem, gdzie prócz słów potrzeba jeszcze pieniędzy i przestrzeni, musi być stósowana dość oględnie i że trzeba wstąpić do Annasza i do Kajfasza, zanim się dojdzie do celu. Nic innego też nie miał na myśli Dr. J. S. S., pisząc swe uwagi o szpitalach prowincyonalnych na podstawie znakomicie wyczerpanego szeregu prawdziwych, na prowincyi galicyjskiej zebranych, spostrzeżeń; a już żadną miarą nie zasłużył na podsuwanie mu obskurantyzmu, ani na dowcipy w rodzaju „szpitalnej parfumeryi“. Stanowczo wreszcie zasługuje na odparcie pogląd Dra X., wystósowany pod adresem ogólno narodowym: „W tem, że wszystko tanio u siebie mieć chcemy, tkwi głównie wada naszych urządzeń: zamiast zbudować raz dobrze i wyposażyć szpital sowicie, buduje się tanio a źle, lub z roku na rok potrosze, tak, że co chwila trzeba dodawać przystawki etc....“ Kto takie surowe prawdy mówi w oczy całemu krajowi, ten powinien się oprzeć na niewzruszonej opoce dowodów stanowczych i niezbitych. Gdzież one? Niechże Dr. X. zechce nam powiedzieć, co zbudowano tanio a źle, czy może szpital w Żywcu lub Tarnopolu, czy w Lubaczowie lub w Przemyślanach? Czy może zakłady kliniczne we Lwowie, lub oddział chirurgiczny w krakowskim szpitalu? O ile przytem zawinił Wydział krajowy? w czem pobłądziła Rada zdrowia? Niech Dr. X. zechce wymienić te, co chwila dodawane, przystawki do nowych szpitali? A jeżeli przejdziemy do szpitali starych, to czy mamy winić tych, którzy przed laty przez grozę epidemij, tępiących ludność, przez strach zaniedbania chorób wśród wiejskiego proletaryatu, przez samarytańskie współczucie dla matek rodzących bez dachu nad głową, nie mając za co stawiać nowych zakładów, poprzerabiali stare gmachy na szpitale i oddali je do użytku cierpiących? Czy też wina spadnie na ich następców, którzy nie pozamykali tych starych szpitali, lecz przez przeróbki i dobudówki starają się choć zwolna nadążyć za postępem nowożytnych wymagań publicznej higieny?

Druga, obszerniejsza część pracy Dra X. zajmuje się urządzeniem i wyposażeniem wewnętrznem szpitali prowincyonalnych w najrozmaitszych kierunkach, oraz służbą szpitalną wyższą i niższą. Opracowanie rzeczowe tej części jest bardzo lakoniczne; autor przeważnie rzuca tylko mnogie pomysły w formie aforyzmów. Z tego też powodu zajmę się tylko wnioskami najbardziej jaskrawymi, bo szczegółowe rozważanie wszystkich projektów Dra X. zbyt wiele cennego miejsca musiałoby zabrać „Przeglądowi lekarskiemu“. Miara wymagań szpitalnych, zwłaszcza skoro się jej zapożyczy u zagranicznych wzorów, jest pojęciem bardzo podmiotowem i mało chyba na świecie zakładów, którymby jeszcze i to i owo nie przydało się. Nasza galicyjska miara dla prowincyonalnych szpitali jest bardzo ściśle oznaczona ubóstwem kraju, a ograniczona z jednej strony zaspokojeniem koniecznych wymagań leczniczych, z drugiej zaś strony względami bezpieczeństwa dla otoczenia. Dla Dra X. te granice za ciasne; załatwiwszy się więc z zadaniem bezpieczeństwa na zewnątrz, dąży do rozszerzenia drugiej granicy w kierunku lepszego wyposażenia szpitali pod najrozmaitszymi względami.

Przedewszystkiem więc żąda do badań mikroskopowych, chemicznych i bakteryologicznych odpowiednio wyposażonej pracowni, „bez której lekarz podobny jest do krótkowidza bez okularów, szpital zaś pozostaje tem, czem bywał dotychczas, t. j. miejscem przytułku dla kaszlących emfizematyków i polem dla dowolnej empiryi bez podstaw...“ Po tych słowach znów żal ogarnia, że Dr. X. nie zwiedził choć kilku szpitali, zanim w sprawie tych szpi-

tali głos zabrał. Byłby się przekonał, że coś podobnego, choć pod skromniejszą nazwą, robi się w każdym szpitalu, w sposób wystarczający dla praktycznych względów rozpoznawczych i leczniczych. Bada się o ile można wszechstronnie wydzieliny chorych, osady, krew i patologiczne tkanki, waży się i mierzy chorych, bo chyba niema obecnie szpitala bez lepszego lub gorszego mikroskopu, bez wagi dziesiętnej i metra, a prostszych odczynników chemicznych w każdej dostanie aptece. Robi to dziś każdy praktyk, nie dopieroż lekarz szpitalny: po za tą jednak obowiązkową robotą z dobrej woli lekarzy, odbywają się w kilku szpitalach badania ze ścisłością już niemal naukową, o czem także Dr. X. mógłby się był przekonać. Jest w tem wszystkiem zasadnicze nieporozumienie. Co innego klinika a co innego szpital i o tem nie godzi się zapominać. Są w nauce naszej szczęśliwcy, którym dane jest iść przodem: przed nimi ciemności do rozjaśnienia, za nimi zdobycze dla cierpiącej ludzkości. Ale to jest zadaniem klinik i rządowych zakładów naukowych, wyposażonych bogato w urządzenia, bibliotekę, w całą arkę Noego ssaków, ptaków i płazów do doświadczeń. Lekarz praktyczny, jakim jest w pierwszym rzędzie każdy lekarz szpitalny, nie może się o to kusić, boby się naraził na śmieszność, ponieważ wobec rozdrobnienia nauki na liczne działy, sama dobra chęć i największe nawet zdolności nie wystarczą, jeżeli nie znajdą punktu oparcia w kosztownych narzędziach pracy i w specyalnem przygotowaniu naukowem. Ani Pasteur, ani Koch, ani Behring, ani Roux, ani Röntgen nie mieliby w podolskiem miasteczku sposobności poczynienia swych wiekopomnych odkryć. Zadanie lekarza praktycznego zaczyna się w chwili, kiedy zdobycze pracowni stają się przedmiotem, że się tak wyrażę, publicznej emisyi o notowanym kursie. Wolny od obowiązku posuwania naprzód wiedzy, ma on wyniki tej wiedzy stosować praktycznie na chorych i tu się zaczyna jego odpowiedzialność. Przy dobrej woli, przy pilnem śledzeniu lekarskiego piśmiennictwa, przy skromniutkich, ale dobrze użytych środkach pomocniczych, jakiego takiego mikroskopu, miary, wagi, i chemicznych odczynników, uczyni lekarz zadość i sumieniu swemu i potrzebom chorego. Mimo to czeka go jeszcze zarzut, że jego szpital to miejsce przytułku „dla kaszlących emfizematyków“. Jakto? i nic więcej! I to się pisze w czasie, kiedy jak kraj długi i szeroki brzmi jedno wołanie o pomnożenie łóżek, kiedy jeden szpital — sam Dr. X. to pisze — ma służyć trzem powiatom. Czyżby w tak zastraszający sposób rozszerzyła się choroba, robiąca ze spokojnych ludzi „emfizematyków“, że wyrugowała ze szpitali dur, płonicę, dławiec, czerwonkę, zapalenie płuc, zołzy, gruźlicę, nowotwory, jaglicę, choroby skórne, rany, oparzenia i zmiażdżenia części miękkich i kości? Nie! Szeroka fala ludzkiej niedoli płynie jak dawniej przez szpitale prowincyonalne, nie troszcząc się zgoła o ludzkie sądy, i lekarze szpitalni pracują ciągle wszechstronnie na tem „polu dowolnej empiryi bez podstaw ścisłą nauką wskazanych“.

O lekarzach szpitalnych Dr. X. w planie swym również pamięta. Pisze on tak: „Nie ujmując nikomu, przecież trudno się wstrzymać od uwagi, że niektórzy z lekarzy, o ile zwłaszcza nie zdołali nadążyć tak szybkiemu w ostatnich latach postępowi medycyny, nie odpowiadają dzisiaj w całej pełni swemu stanowisku . . . Jeżeli też gdzieniegdzie nie ma takiego doboru lekarzy, jakby sobie tego życzyć należało, to przyczyna tkwi również w lichem udotowaniu posad lekarzy szpitalnych“. Ta myśl bez żadnego logicznego naciągania musi wprost zrodzić twierdzenie: zapłaćcie lepiej, a będziecie mieli lepszych lekarzy po szpitalach. Twierdzenia tego nie osłabia wcale autor ani próbami złagodzenia, że w pierwszym rzędzie chirurgów miał na myśli, ani późniejszemi uwagami: rdzeń twierdzenia zostaje ten sam, niezmieniony. Darują mi Szanowni Koledzy szpitalni, a mam ich przed oczyma cały zastęp czcigodny, i tych co wiek sterali w mozolnej pracy i tych, co z młodzieńczym zapałem stanęli dopiero na posterunku, darują mi, że na ten jeden zarzut Dra X. nie podejmę rzeczowej obrony. I tak już v a t i c i n i u m p o s t e v e n t u m sprawdziło się, i w chwili, kiedy Dr. X. żądał podniesienia płac, już Wydział krajowy tę zmianę w życie wprowadzał. Teraz czekać tylko wypada na ten nowy dobór lekarzy Dra X. Jedno przecież zapytanie wprost do osoby Dra X. wystosuję: nie wiem, słowem ręczę, kto nim jest i jaki urząd zajmuje; ale przypuśćmy n. p. — przypuśćmy powiadam — że jest lekarzem w służbie rządowej. Coby Dr. X. powiedział o autorze lekarzu, któryby przytoczony w cudzysłowie ustęp w piśmie lekarskiem ogłosił, zastępując wyraz lekarze szpitalni wyrazem lekarze rządowi?

Ale nie tu kres wniosków Dra X. Pisze on dalej, że zarządy większych szpitali powinny skupiać u siebie grono specyalistów (chirurg, internista, akuszer-ginekolog, okulista . . .), którzyby postawieni na czele poszczególnych oddziałów, mogli znaleźć zachętę do osiedlania się nie tylko w stolicach, ale też i na prowincyi . . . Z pomiędzy kilku lekarzy szpitalnych ten powinien prowadzić zarząd szpitala, który posiada egzamin fizykacki i zajmuje się higieną. W żadnym punkcie owej pracy Dr. X. zapatrzony w słonce wielkomiejskich wzorów, nie odbiegł tak od właściwości naszych szpitali, jak w tym ustępie. Jestto formalne żądanie utworzenia w miastach prowincyonalnych szpitali na wzór krajowych w Krakowie i we Lwowie. Szpitale nasze pod żadnym względem nie są do tego przygotowane i przewidzieć się nawet nie da chwila, kiedy do tego przyjść by mogło. Nie podaje też autor zgoła sposobu przeprowadzenia tej myśli i pozostawia ją zawieszoną w powietrzu; i n m a g n i s e t v o l u i s s e s a t i s e s t. Zważmy jednak, że pomijając trudność znalezienia sporej liczby specyalistów, brak sposobu do uposażenia ich w płacę choćby woźnego, niepodobieństwo odgraniczenia ich zakresu działania na małej przestrzeni szpitalnej, której cechą ciągłe improwizowanie chwilowych oddziałów, czasem kilku na jednej sali; zważmy, że pokonawszy to wszystko stworzyłoby się płód sztuczny. Rozsiedlenie bowiem lekarzy w każdym kraju reguluje się ekonomiczną zasadą o podaży i zapotrzebowaniu. Tam, gdzie ludność potrzebami swemi zapewnia lekarzowi dochód za jego pracę, tam lekarze sami napływają zdaleka, ale zato nawet premią w postaci posady trudno ich ściągnąć tam, gdzie choćby skromny chleb na nich nie czeka. Czyż ludność prowincyi potrzebowałaby czekać na radę Dra X., gdyby pobyt na prowincyi zapewniał choć skromny byt specyaliście? Znam lekarzy, którzy próbowali szczęścia w stolicach, jako specyaliści, a wyniósłszy się później na prowincyę, taili jaknajstaranniej swoją specyalność w dobrze zrozumianym własnym interesie. Jak hiszpańscy grandowie jechali na odkrycie nieznanych jeszcze krajów z patentami gubernatorskimi, tak w tych nieprzygotowanych jeszcze warunkach lekarze z egzaminem fizykackim zyskali z rąk Dra X. naczelne stanowisko. Czuć w tem z daleka ową, — już teraz przykro czuć się dającą — tendencyę, do tworzenia wśród zastępu lekarskiego hierarchii nie na przymiotach osobistych, lecz na egzaminie opartej. Znikają po szpitalach coraz więcej chirurdzy; na ich miejsce przyszłość ma nam przynieść egzaminowanych i nieegzaminowanych. Przed paru laty w pewnem sprawozdaniu wyrażono radość z powodu powiększenia się liczby lekarzy z egzaminami fizykackimi, a w służbie rządowej nie szukających zatrudnienia. Ja z punktu szpitalnego tej radości nie podzielam, bo jej nie rozumiem. Dotychczas od profesorów uniwersyteckich, kierujących ogromnemi klinikami, nie przyszło na myśl nikomu wymagać egzaminów fizykackich; to samo powiedzieć można o najznakomitszych pracownikach w poszczególnych działach wiedzy lekarskiej; skądże takie ograniczenie dla prowincyi, boleśnie raniące wyznaczeniem podrzędnej roli w szpitalu tym lekarzom, którzy egzaminu fizykackiego nie mają? Zgoła w czem innem tkwi wartość lekarza szpitalnego na prowincyi. Dr. X. zapoznał je podobnie, jak poprzednio zapoznał stanowisko samego szpitala prowincyonalnego. Lekarz prowincyonalny musi skupiać w swym umyśle skromny, ale wielostronny i doskonale przetrawiony i w jasne poglądy ujęty zapas praktycznej wiedzy, który mu pozwoli szybko trafić na właściwą drogę w przypadkach chorobowych, będących, że tak powiem, chlebem powszednim praktyki, a w przechodzących zakres jego doświadczenia lub sprawności, uchronić od błędów. (Objaśnię tu przykładem: lekarz który rozpoznał jaskrę i skierował chorego na czas do specyalisty, choć sam nie wykonał operacyi, choremu oddał przecież przysługę bardzo wielką). Lekarz na prowincyi powinien mieć dalej wielkie poczucie obowiązku i odpowiedzialności, jako najniższa, ale często i ostatnia instancya w sprawach, w których ludzkie życie i byt rodzin całych w grę poważną wchodzi; nie mniej musi mieć takt i stanowczość w stosunku do rozlicznych władz, z któremi szpital często ma do czynienia, w końcu wznieść mu się należy duchowo na pewne wyżyny ponad poziome i brudne nieraz zatargi o kawał chleba, ponad zaściankowe poglądy małomiejskiej polityki, by w tych mętach nie zatracić humanitarnych i obywatelskich godeł naszego pięknego zawodu. Takich ludzi gotowych żaden egzamin nie wydaje, bo dopiero szkoła życia stopniowo umie urabiać typy, dopasowane do potrzeb miejsca i czasu. W dzisiejszych warunkach najświetniejszy specyalista zmarniałby na prowincyi, lub przerobić by się musiał w duchu miejscowych wymagań. Wieleż to razy słyszałem z ust kolegów specyalistów, których wywabiła na prowincyę chwilowo p r a x i s a u r e a, zapytanie: jak wy tu możecie wytrzymać? W tych słowach szczerych, człowieka z innych warunków, mieści się ocena projektu Dra X.

Nie mając celu zapuszczać się dalej, kończę te uwagi, do jakich pobudziła mię praca Dra X. Nie było moim zamiarem zacieranie przed czytelnikiem wad szpitalnictwa prowincyonalnego i jego braków, bo jest ich bardzo a bardzo wiele; chciałem tylko wykazać, że te wady i błędy są tak ściśle poplątane z niewesołą dolą kraju naszego, że oderwanym sposobem, drogą teoretyczną, bez uwzględnienia czysto galicyjskich danych, nie wiele się da zrobić

dla szpitali; zbyt zaś doraźne reformy mogłyby je upośledzić w spełnieniu zadań. Jest wschodnia bajka o strzelcu, który miał łuk prostej i grubej roboty, ale noszący strzały daleko i celnie; strzelec łuk ten upiększył licznemi rzeźbami i łuk pękł mu w rękach przy pierwszej próbie strzelania....

Dr. Józef Łuszczkiewicz.

VII. II. Zjazda ustryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

3) Dr. Falta (Szegedyn): miał wykład: O zarośnięciu trąbki Eustachiusza. U chorej szesnastoletniej, narzekającej na szum w uszach, wykazało badanie w uchu prawem: bystrość słuchowa dla zegarka = 3/100, dla słuchomierza Politzera 1½ m., dla szeptu 3 m., R > — ; percepcya kości dla wysokich i głębokich tonów przedłużona; w uchu lewem: zegarek 5/100, słuchomierz 3 m., szept 4 m., R > —. Weber na prawo. Badanie wziernikiem wykazało obustronnie: błona bębenkowa nieznacznie ściągnięta, nadzwyczaj przejrzysta, długi wyrostek kowadełka prześwieca, stożek świetlny prawidłowy. Zapomocą rynoskopii tylnej widać zaledwie spłaszczoną wypukłość trąbki i jej zmniejszone ujście połykowe. Koniec cewnika trąbkowego można wprowadzić do tego ujścia; powietrze jednak żadnem parciem wcisnąć się nie daje. Tak samo stoczek trąbkowy wnika zaledwie na 2—3 mm. nad dzióbkiem cewnika, a zapomocą żadnego rękoczynu nie daje się głębiej wprowadzić. Zabieg Politzera nie daje się wykonać, również zabieg Valsalvy nie wywołuje żadnej zmiany na błonie bębenkowej, prócz nastrzykania rękojeści młotka, co daje się odnieść do wywołanego tym zabiegiem zastoju krwi. Przy badaniu manometrem natrysk powietrza, wykonany czy to cewnikiem, czy też metodą Politzera, nie wywołuje żadnej zmiany; zato silna próba Valsalvy sprowadza zmniejszenie ucisku w manometrze. Wynik ten tłómaczy się tylko synergicznem skurczeniem się podczas tego rękoczynu mięśnia, naprężającego błonę bębenkową, z mięśniami podniebienio-trąbkowymi. Skurcz taki m. naprężającego bł. bęb. ściąga ją na wewnątrz, co sprowadza rozszerzenie powietrza w uchu zewnętrznem, a w dalszem następstwie opadnięcie płynu w manometrze. Przy tej sposobności przekonał się F., że przy próbie Valsalvy, a więc podczas skurczu mięśnia naprężającego błonę bęb. percepcya głosu przez powietrze staje się upośledzoną tak dla tonów wysokich, jako też i głębokich, co jest dobitnym dowodem wpływu tego mięśnia na przewodnictwo fal głosowych i roli, którą kostki słuchowe w przewodnictwie tonów odgrywają. W jamie nosowo-gardłowej znachodziły się wszystkie objawy zadawnionego nieżytu przerostowego błony śluzowej.

Przez zamknięcie trąbki przewiew jamy bębenkowej staje się niemożebnym, następuje rozszerzenie w niej powietrza, które pociąga za sobą dalsze zmiany. W przypadku podanym wejrzenie błony bębenkowej wykazywało, że w jamie bębenkowej niema wypocin, gdyż jej blask, przezroczystość, barwa zostały utrzymane; przytem słuch był stosunkowo dobry, a błona niezbyt wciągniętą. Z tego wynika, że w jamie bębenkowej, ze względu na „horror vacui“, musiało się znachodzić powietrze, a zatem i wymiana powietrza odbywać się musiała: a gdy to zwykłą drogą, przez trąbkę, stać się nie mogło, to F. nabył przekonania, iż przewiew jamy bęb. jest możebnym nie tylko przez trąbkę, lecz także i przez błonę bęb., szczególnie w przypadkach, gdzie błona ta jest nadzwyczaj delikatną, jak to miało miejsce w przytoczonym. Na poparcie tego zdania F. przeprowadził doświadczenia, które jednak do tej pory jeszcze nie dojrzały do wyciągnięcia z nich konkretnego wniosku.

Najczęstszemi przyczynami zarośnięcia trąbki bywają wrzody kiłowe i błonicze, zapalenia plastyczne tkanki kostnej lub błony śluzowej w kostnej lub chrząstkowej części trąbki, dalej mechaniczny ucisk przez wszelkiego rodzaju obrzęk i guzy, wtargnięcie ciał obcych, postrzałów, oraz różne inne uszkodzenia. Zapalenie ucha środk. może sprowadzić zarośnięcie ujścia bębenkowego.

W przypadku F., tak badanie jak i wywiady każą wykluczyć wszelkie inne przyczyny, z wyjątkiem choroby nosa i gardła. Ta ostatnia rozszerzyła się prawdopodobnie do trąbki, a w następstwie przewlekłego przerostowego nieżytu doszło do zarośnięcia światła trąbki, przez miejscowe zniszczenie przybłonka błony śluzowej.

Do objawów tego cierpienia należą: podmiotowe wrażenia słuchowe, uczucie pełności w uchu, wydzielina w jamie bębenkowej, wybitne zaciągnięcie błony bęb., znaczne upośledzenie słuchu i autofonia (słyszenie wzmożone własnego głosu). W przypadku F., prócz szumu i nieznacznego przytępienia słuchu, brakowało wszystkich innych objawów, co właśnie tłómaczy się przepuszczalnością błony bęb. dla powietrza. Cicha jednak mowa chorej przemawia, zdaniem F., za tem, że ona dawniej na autofonię cierpiała.

Najprostszym sposobem leczenia tej choroby byłoby utorowanie drogi powietrzu do jamy bębenkowej, przez stały otwór w błonie bęb. Temu atoli zadaniu stoi na przeszkodzie siła odrodcza błony bęb. W razie potrzeby należałoby wyciąć część błony bęb., a nawet młotek i kowadełko. Wypadałoby też spróbować, czy się nie uda otrzymać stałego przedziurawienia błony bęb., przez wstrzyknięcie waseliny w stosownej ilości przez błonę tę do jamy bęb., jak to się stało przypadkowo u pewnego chorego Dra Alta, przy wstrzyknięciu tego płynu przez trąbkę i przedziurawieniu błony bęb. W każdym razie można się udać do podobnych zabiegów tylko w razie znacznych dolegliwości, zwłaszcza znacznego przytłumienia słuchu. W swoim przypadku próbował F. przez jakiś czas leczenia nosa i gardła, a gdy wyraźnego polepszenia ono nie sprowadziło, zaniechał dalszych usiłowań, ze względu na niezmiennie utrzymujący się dość dobry słuch.

Kończąc podaje F. jeszcze nowy sposób określenia wyników badania słuchu, którego zastosowanie zaleca się z powodu swej zwięzłości, oraz prędszego i łatwiejszego rozejrzenia się, a mianowicie:

R +	ma znaczyć	Rinne + i trwałość prawidłową percepcyi ze strony kości czaszki, co odpowiada stosunkom prawidłowym.
R —	„ „	Rinne — i prawidłową trwałość percepcyi, co odpowiada lekkiemu zaburzeniu w narządzie przewodzącym głos.
R > +	„ „	Rinne + z przedłużeniem percepcyi kości, co odpowiada okresowi początkowemu ostrego zapalenia ucha środkowego.
R < +	„ „	Rinne + ze skróconą percepcyą, odpowiada stwardnieniu, zajęciu błędnika i n. słuchowego.
R > —	„ „	Rinne — z przedłużoną percepcyą, odpowiada czystym zaburzeniom narządu głos przewodzącego i zamknięciu trąbki,
R < —	„ „	Rinne — ze skróconą percepcyą, odpowiada zajęciu równoczesnemu narządu głos przewodzącego i uświadamiającego go.

Gomperz poleca dla rozpoznania i leczenia takich przypadków sposób Politzera, mianowicie, po nacięciu błony bęb. należy wpędzić powietrze przez ucho zewnętrzne. W ten sposób może czasem się udać wpędzić powietrze przez trąbkę, mimo że się to nie udało odwrotną drogą.

Gruber zgadza się z tem, że zarośnięcia trąbki nie można rozpoznawać z tego objawu, że przedmuchiwanie powietrza przez trąbkę nie powiodło się, gdyż zdarza się czasem, że tam, gdzie przez ścieśnioną trąbkę przechodzą płyny, powietrze nie przechodzi. O tem można się w odpowiednich przypadkach przekonać, jeżeli się wpuszcza płyn do nosa, a potem, przy zamkniętym nosie, wtłacza powietrze. Płyn przez trąbkę przechodzi, a powietrze nie. Nieraz jakiś nowotwór w sąsiedztwie może stać na drodze cewnikowi i powietrzu, podczas gdy płyn prędzej sobie drogę utoruje. Dlatego też rozpoznanie zarośnięcia trąbki nigdy nie może być pewnem, dopóki go nie stwierdzimy naocznie, t. j. wziernikiem.

Alt widział także u robotników w jaszczykach (Caissonarbeiter) zamknięcie trąbki, trwające kilka dni, które było wywołane przez ujemny ucisk w jamie bęb. i działanie ssące na naczynia krwionośne błony śluzowej trąbki. Zamknięcie to było tak szczelne, że nie udało się przeprowadzić najmniejszej ilości powietrza, ani przez cewnikowanie, ani zabiegiem Valsalvy. Mimo to nie było zarośnięcia, gdyż ta niedrożność po kilku dniach ustąpiła.

Falta uważa pomyłkę w swojem rozpoznaniu za wykluczoną, gdyż spostrzegał chorą przez 9 miesięcy. Stan zawsze był ten sam i wszelkie jego usiłowania, by zapomocą cewnika uskutecznić wstrzykiwanie, nigdy się nie udały. Wziernikowaniem nie podobna było stwierdzić zarośnięcia, gdyż było ono wyżej; ujście zaś gardłowe było wolne, natomiast nacięcia błony bęb. dla samego doświadczenia lub rozpoznania, ze względu na utrzymany znaczny stopień słuchu, nie uważał za rzecz słuszną wykonywać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 3 Marca.

* Dr. St. Markiewicz ogłasza: „S. p. Stanisław Krysiński oddawał niektórym kolegom specyalistom materyały do powszechnego słownictwa lekarskiego do przejrzenia i uzupełnienia. Ponieważ nie udało się dotychczas znaleźć w papierach nieboszczyka pewnej części materyałów rzeczonych, a w szczególności zbioru nazw z dziedziny psychiatryi i dermatologii, które to zbiory nazw stanowczo były w posiadaniu ś. p. Krysińskiego, przeto zwracam się z prośbą do kolegów, którym materyały słownikowe były do przejrzenia lub uzupełnienia przez zmarłego kolegę wręczone, lub którzyby o materyałach owych jakąś wiadomość posiadali, iżby raczyli w najkrótszym czasie porozumieć się ze mną, jako z jednym z kuratorów spuścizny literackiej ś. p Krysińskiego.

* Czytamy w „Medycynie" (Nr. 9): „W ciągu roku bieżącego, dzięki zapomogom, czerpanym z kasy im. Mianowskiego, ukazać się ma w druku cały szereg b. potrzebnych książek lekarskich polskich. Wymienić tu wypada przedewszystkiem przekład 3 obszernych podręczników chirurgicznych, a mianowicie podręcznika chirurgii ogólnej Billroth-Winiwaertera (około 50 arkuszy druku), podręcznika chirurgii szczegółowej Hueter-Lossena (około 80 arkuszy druku) i podręcznika chirurgii operacyjnej Kochera (około 30 arkuszy druku). Druk tych 3 dzieł dokonywa się jednocześnie i jest wszelka nadzieja, że ukończony będzie w połowie r. 1899. Dzieła pomienione wychodzić będą zeszytami 10 arkuszowymi w cenie 50 kop. za zeszyt. Zeszyt pierwszy, obejmujący początek chirurgii szczegółowej, w tych dniach oddany już został do księgarni. Nastąpi po nim początkowy zeszyt chirurgii ogólnej. W przekładzie wspomnianych podręczników biorą udział koledzy: Grosglik, Karczewski, Korzeniowski, Leśniowski, Łapiński, Pałecki, Przypkowski, Skłodowski, Sławiński, Szumlański, Watten i Witold Żurakowski ze współudziałem St. Markiewicza. Jednocześnie rozpoczęto druk obszernej pracy ś. p. Stanisława Krysińskiego, poświęconej słownictwu anatomicznemu. Praca ta dzieli się na 3 części, z których każda stanowić będzie tom odrębny. Część pierwsza obejmie w przekładzie Willisa: „Anatomische Nomenklatur", a więc całość wyrazownictwa anatomicznego łacińskiego, według uchwał Niemieckiego Towarz. anatomicznego, wraz ze wstępem i objaśnieniami. Obok nazw łacińskich, zeszeregowanych w porządku anatomicznym. autor pomieścił nazwy polskie. Część druga będzie mieściła właściwy słownik łacińsko-polski i polsko-łaciński, obejmujący wszystkie nazwy w porządku abecadłowym. Wreszcie część trzecia obejmuje słownik łacińsko-polski wszystkich nazw anatomicznych w porządku abecadłowym z objaśnieniami, dotyczącemi pochodzenia owych nazw i po części z ich synonimiką. Wszystkie trzy części dzieła, — razem około 40 arkuszy druku, — drukują się jednocześnie i z końcem roku bieżącego oddane będą do księgarni. Wydaniem tej prawdziwie pomnikowej pracy niestrudzonego a nieodżałowanego kolegi Krysińskiego zajmują się koledzy St. Markiewicz, Puławski, Br. Sawicki i Ant. Śmiechowski. Nakoniec również w r. bieżącym wyjdzie, rozpoczęta już w druku, monografia obszerna (około 25 arkuszy) kol. Stan. Orłowskiego z Moskwy, pod tyt.: »Syfilis rdzenia«, w znacznej części oparta na własnych spostrzeżeniach autora.

* Dr. Józef Zawadzki poruszył w Nrze 4 »Kroniki lekarskiej« sprawę założenia »Kas zaliczkowo-wkładkowej dla lekarzy wolno praktykujących w Warszawie«. Projekt ustawy został przez ogłoszenie poddany ogólnej dyskusyi, a po 2 ch miesiącach ma być przedstawiony władzy do zatwierdzenia. Wątpić nie należy, że ogół lekarzy warszawskich poprze ten projekt we własnym interesie.

* VI-ty Zjazd lekarzy powiatowych odbył się we Lwowie d. 26 z. m. pod przewodnictwem protomedyka radcy Merunowicza. Wzięło w nim udział 60 lekarzy. Omawiano na tym Zjeździe postanowienia nowej ustawy o fałszowaniu pożywek, nowe instrukcye dla akuszerek, a w końcu sprawę składów aptecznych (drogueryj), które wymagają większego, niż dotychczas, nadzoru itd.

Przy wspólnym obiedzie uczczono 25-letnią rocznicę otrzymania dyplomu lekarskiego przez protomedyka Merunowicza i złożono kwotę 570 złr. na fundusz sierót i wdów po lekarzach, jego imienia.

W Zjeździe wziął udział prof. O. Bujwid — z Krakowa.

„Spolek českých lékařů" mianował członkami honorowymi profesorów Rydygiera i Obrzuta.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Stanisław Boczar.

* XIX-ty Zjazd balneologów niemieckich odbędzie się w Wiedniu, między 11 a 15 marca.

* »Medizinisch-Chirurgisches Central-Blatt« dowiaduje się, że wiedeński Wydział lekarski przedstawi na katedrę sądowej medycyny, wakującą po ś. p. prof. Hofmanie — »primo et unico loco« — prof. Aleksandra Koliskę.

* »Pietierburgskije Wiedomosti« donoszą, że w cesarstwie rosyjskiem zamierzono pozakładać apteki wyłącznie weterynaryjne.

Nekrologia. Zmarli: W Fiesola (pod Florencyą) zmarł Dr. Józef Wolski. W Petersburgu Dr. Julian Jabłoński w 31 roku życia. Dr. Schwimmer Ernest, profesor chorób skórnych w Peszcie. Dr: Moldenhauer, profesor laryngologii w Lipsku w 53 roku życia. Dr. Leuckart Rudolf, profesor zoologii w Lipsku.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W »Kronice lekarskiej« (Zeszyt 4): Dra Sędziaka: Przyczynek do rozpoznawania, oraz leczenia ropnego zapalenia migdałka podniebiennego, oraz językowego, ze szczególnem uwzględnieniem ropnia okołomigdałkowego. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o ciałach obcych w macicy. W „Medycynie" Nr. 9: Prof. Dra Dogiela: O wpływie muzyki i barw widma świetlnego na układ nerwowy człowieka i zwierząt. W „Gazecie Lekarskiej" Nr. 9: Dra Czajkowskiego J.: Przyczynek do rozpoznawania ogniskowych cierpień mózgu. Dra Arnsteina F.; Przyczynek do działania dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem W »Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego« (Zeszyt IV 1897 r.): Biernackiego: Dalsze spostrzeżenia nad samoistną sedymentacyą krwi. Ciechanowskiego i Nowaka J. Przyczynek do badań nad etyologią dysenteryi. Kramsztyka Z.: Z optometryi objektywnej; pole widzenia wziernikowe i pole oświetlone Sawickiego J. W.: Falowanie nerwowe, jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego. Tyrchowskiego Wł.: Instytut położniczy w Warszawie od r. 1802—1884.

Redakcya otrzymała:

— Polikier B.: Kilka słów o warunkach, utrudniających rozwój medycyny. 1898.

— Dr. Kornfeld S.: Erfahrungen über Trional als Schlafmittel mit besonderer Rücksicht auf die Beeinflussung des Blutdruckes. Wiedeń, 1898.

— Dr. Strauss A.: Ueber das Protargol als Antiblennorrhoicum und Antisepticum. 1898.

— Zbiór prac z kliniki lekarskiej Prof. Dra E. Korczyńskiego zeszyt XX). Kraków, 1896 i 1897.

— Dr. Higier H.: W kwestyi rozpoznania chorób stożka końcowego rdzenia. Warszawa, 1897.

— Tenże: O myotomii i stanach pokrewnych. Warszawa, 1897 r.

— Tenże: Przypadek obustronnego zapalenia ostrego nerwów wzrokowych z trwającą 4 tygodnie ślepotą zupełną i następczem wyzdrowieniem. Warszawa, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 9-go Marca, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Doc. Dr. Reiss: przedstawi chorego z kliniki chorób skórnych.

2) Kol. Dr. Keśmiński: przedstawi chorego z oddziału Prof. Dra Marsa.

3) Kol. Doc. Dr. Nowak Julian wypowie odczyt: „Jady wężów i skorpionów i ich działanie".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 12. Marca 1898. Nr. 11.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek dzieciobójstwa

podał

Dr. Włodzimierz Sieradzki,

asystent zakładu.

Przypadki dzieciobójstwa nie należą do rzadkości i prawie każdy lekarz, zajmujący się praktyką sądowo-lekarską, mógłby przytoczyć większą lub mniejszą ich liczbę z własnego doświadczenia. Jeżeli, mimo to, pozwalam sobie podać do ogólnej wiadomości poniższy przypadek, w którym wspólnie z prof. Dr. Wachholzem spełniałem zadanie znawcy sądowego, tak podczas śledztwa jak i wśród postępowania końcowego, to czynię to z kilku następnych powodów: przedewszystkiem odznacza się on nadzwyczaj sumiennem i na znajomości rzeczy opartem prowadzeniu śledztwa, co, wobec niejednokrotnie spotykanego braku dostatecznej znajomości medycyny sądowej u sędziów śledczych, niestety, nie tak często się przydarza. Pięciokrotnie wzywani przez sędziego w śledztwie, celem wyjaśnienia całej sprawy ze stanowiska lekarskiego, byliśmy w stanie opracować ten przypadek w zupełności tak, że może on stanowić prawdziwy wzór postępowania lekarza i sędziego w przypadkach dzieciobójstwa i nie pójdę za daleko, jeśli go porównam z zajmującym przypadkiem sumiennego i umiejętnego spostrzeżenia klinicznego, tem bardziej, iż poruszył on prawie wszystkie zagadnienia, tyczące się nauki dzieciobójstwa. Ze wszystkich zaś spraw, w których sąd wzywa pomocy lekarza, jako znawcy, przypadki dzieciobójstwa są o tyle najważniejszymi, iż cięży w nich największa odpowiedzialność na lekarzu. Niema w tych razach świadków czynu, to też punkt ciężkości całego postępowania dowodowego spoczywa na orzeczeniu lekarskiem, które z natury rzeczy, obok faktów niezbitych, opartych na przedmiotowem badaniu, musi przedstawić zarazem, o ile podania obwinionej matki zasługują na wiarę ze stanowiska lekarskiego. Jeśli już więc sam wzgląd na ważność nauki o dzieciobójstwie dla każdego lekarza sądowego usprawiedliwia niniejszą publikacyę, tem bardziej skłoniła mnie do niej ta okoliczność, iż przypadek ten nastręczył nam sposobność do wykonania w zakładzie sądowo-lekarskim szeregu doświadczeń, celem rozjaśnienia jednej nasuwającej się wątpliwości, doświadczeń prostych w swem przeprowadzeniu, a jednak ważnych i rozstrzygających dla tego przypadku, a zapewne i dla innych podobnych w przyszłości. Szczegół powyższy nadaje zatem przypadkowi temu cechę prawdziwej oryginalności i stanowić może istotny przyczynek do nauki o dzieciobójstwie.

Dnia 26-go października, 1897 roku, dostawiono do zakładu sądowo-lekarskiego zwłoki noworodka, znalezione tegoż dnia nad ranem w kanale, zbierającym nieczystości z kilku domów jednej z ulic śródmieścia.

Dnia następnego dokonano na zwłokach tych sekcyi sądowo-lekarskiej, która wykazała, co następuje:

A. Oględziny zewnętrzne.

1. Zwłoki dziecka płci męskiej, dobrze zbudowanego, 50 ctm. długie; plamy pośmiertne, nacięciem stwierdzone, bardzo skąpe na twarzy i powłokach czaszkowych, zwykłego zabarwienia. Na powłokach grzbietu, zwłaszcza po stronie prawej, zabarwienie blado zielonawe. Stężenie pośmiertne utrzymuje się w miernym stopniu we wszystkich kończynach. Powłoki zewnętrzne jednostajnie zawalane żółto brunatną treścią cuchnącą, oraz pokryte zeschłymi liśćmi kasztanu. Z otworów nosowych wydobywa się płynna, żółtobrunatna, treść gnojówkowa.

2. Kontury ciała zaokrąglone, powłoki podszyte prawidłową ilością tkanki tłuszczowej. Obwód główki, mierzony taśmą, wynosi 35 ctm. wymiar prosty 11 ctm., wymiar dwuskroniowy 8 ctm., dwuciemieniowy 9 ctm., skośny wielki 14 ctm.; źrenice obie, wyraźnie widoczne, nie zawierają błony źrenicznej; chrząstki uszne oraz skrzydełek nosowych dokładnie wykształcone. Szerokość barków wynosi $12^1/_2$ ctm., szerokość bioder $8^1/_2$ ctm. Na szczytach barków wyraźny meszek. Na powłokach ciała, zwłaszcza w przegubach stawowych, dość obfita ilość treści białej, lepkiej, łojowatej. Paznogcie u rąk i nóg sięgają po końce opuszek palców. W dolnej nasadzie kości udowej znachodzi się jądro kostne, liczące 4 mm. w średnicy.

3. Nieco poniżej środka odstępu między spojeniem łonowem a wyrostkiem mieczykowatym znachodzi się sznur pępowinowy, 15 ctm. długi, dość soczysty, o powierzchni gładkiej, świecącej, o nierównym i strzępiastym końcu obwodowym, o złączonym ściśle z pierścieniem pępkowym końcu brzusznym. Sznur pępowinowy nie jest nigdzie podwiązany.

4. Części płciowe zewnętrzne dokładnie wykształcone, we worku mosznowym jądra wyczuwalne.

5. Na ciele znachodzi się jeden ślad obrażenia, mianowicie na prawym guzie czołowym siniec wielkości korony, w którego głębi tkanka krwią podbiegnięta.

B. Oględziny wewnętrzne.

6. Po oddzieleniu powłok czaszkowych okazuje się prawa połowa sklepienia czaszki prawie jednostajnie, lewa zaś, miejscami zwłaszcza w części tyłogłowiowej, powleczona skrzepłą, ciemną krwią. W skrzepach, pokrywających prawy bok sklepienia czaszki, tuż ponad uchem, znachodzą się białawo szare strzępy istoty mózgowej, dobywające się z nieregularnego otworu w tej części sklepienia czaszki, biegnącego niemal prostolinijnie od szczytu czaszki przez kość ciemieniową i skroniową do wyrostka sutkowego. Tuż przed wyrostkiem sutkowym otwór ten rozszerza się wskutek odłamania kawałka ściany kostnej. W całości zaś przedstawia ten otwór szczelinę około 2 mm. szeroką. Ociemię pęknięta ponad ową szczeliną w kierunku i rozległości równych samej kostnej szczelinie, przy brzegach zaś szczeliny jest ona od kości oddzielona. Po odjęciu sklepienia czaszki okazuje się nadto złamana, w środku swej szerokości, kość czołowa prawa i lewa w kierunku strzałkowym, i kość ciemieniowa lewa równolegle z szwem wargowym. Ciemie przednie otwarte, liczące 2 ctm. w przekątni. Opona twarda, gładka i cienka, podobnie i opony miękkie, które na zewnętrznej

powierzchni są powleczone w całości t. j. tak na wypukłości jak i podstawie mózgu krwią ciemną, wiotko skrzepłą; nadto opona twarda okazuje się przedartą w miejscu odpowiadającem wyżej opisanemu otworowi w sklepieniu czaszki, ponad prawym wyrostkiem sutkowym. Mózg prawidłowo rozwinięty, zbitości właściwej mózgowi dziecięcemu, okazuje w okolicy prawego płatu ciemieniowego, na przestrzeni wielkości korony, tkankę mózgową zmiażdżoną i licznemi drobnemi wynaczynionkami opatrzoną. Zatoki żylne, tak podłużne jak i poprzeczne, zawierają krew ciemną, płynną. Po oddzieleniu opony twardej od podstawy czaszki okazuje się pęknięta kość czołowa prawa, wzdłuż stropu oczodołu skośnie od zewnątrz ku wewnątrz, oraz kość potyliczna podłużnie od góry ku dołowi.

7. Przy ucisku lekkim na klatkę piersiową wydobywa się z jamy ustnej żółto brunatna treść gnojówkowa.

8. Krtań i tchawica *in situ* otwarte, szczelnie zapełnione taką samą treścią.

9. Przepona sięga po stronie prawej do górnego brzegu 4-go żebra, po lewej do dolnego brzegu tegoż żebra.

10. Płuca wypełniają dokładnie jamę klatki piersiowej; na powierzchni blado różowe, jednostajnie powietrzem rozdęte; opłucna ich gładka z nader licznemi, świeżemi, jasnoczerwonemi wynaczynionkami podopłucnowemi, wielkości drobnych ziarn maku; na rozkroju płuca o powierzchni gładkiej, równej, jednostajnie bladoróżowej, jednostajnie miernie obfitujące w krew; za uciskiem wydobywają się z drobnych oskrzeli liczne czopki treści kanałowej.

11. Oba płuca, wraz z języczkiem, gardzielem, krtanią, tchawicą i sercem, rzucone na wodę, pływają. Każde płuco z osobna, toż samo poszczególne płaty płuc, wreszcie kawałeczki, na jakie płuca zostają rozcięte, rzucone na wodę, również pływają.

12. Pod osierdziem ściennem u podstawy serca kilka drobnych świeżych wynaczynionek. Serce, w obu komórkach próżne, nie okazuje żadnych zmian. W wielkich naczyniach, zwłaszcza żylnych, znajduje się krew ciemna, płynna.

13. Krtań, tchawica i grube oskrzela wypełnione w całości treścią kloaczną.

14. Śledziona prawidłowej wielkości bez zmian, w krew miernie zasobna.

15. Wątroba wielkości prawidłowej, w krew średnio zasobna bez zmian.

16. Żołądek, wraz z górną częścią jelita cienkiego, mianowicie dwunastnicą, rzucony na wodę, pływa. Reszta jelita cienkiego skurczona, rzucona na wodę, tonie.

17. Żołądek zawiera nieco śluzowej ciągnącej się treści; zresztą tak gardziel, jak żołądek i jelita nie okazują żadnych zmian; jelito grube w całości wypełnione treścią gęstą, lepką, ciemno zielono zabarwioną.

18. Obie nerki budowy zrazikowej, wielkości prawidłowej, w krew ubogie, bez zmian. Moczowody drożne, pęcherz moczowy próżny, skurczony.

19. Kości tułowia i kończyn — nieuszkodzone.

Na podstawie powyższego wyniku sekcyi wydano następującej treści

Orzeczenie.

1) Dziecię sekcyonowane było noworodkiem, czego dowodzi obecność pępowiny i smółki w jelicie; z rozwoju zaś i wymiarów całego ciała, jak również z obecności jądra kostnego w dolnej nasadzie kości udowej wynika, iż dziecię to było noworodkiem donoszonym i zdolnym do życia pozałonowego.

2) Dziecię urodziło się żywe, czego dowodzi przedewszystkiem dodatni wynik próby płucnej i żołądkowo jelitowej.

3) Okoliczność, iż obok żołądka tylko mały odcinek górnej części jelita cienkiego (dwunastnica) zawierał w sobie powietrze, dowodzi, iż dziecię to żyło tylko krótki czas po urodzeniu.

4) Przyczyną śmierci dziecka stało się uduszenie, przez aspiracyę do najdrobniejszych oskrzelków, treści kloacznej, tej samej, którą zwłoki w całości były powalane i w której wedle doniesienia zwłoki te znaleziono.

5) Obrażenie, stwierdzone na czaszce w postaci wielokrotnego złamania kości czaszkowych i częściowego uszkodzenia mózgu, powstało za życia, czego dowodzi obecność rozległego wynaczynienia krwi w okolicy uszkodzeń. Obrażenie to samo przez się sprowadziłoby śmierć dziecka, gdyby przedtem nie nastąpiła śmierć z uduszenia w treści kloacznej.

6) Obrażenie to powstało przez uderzenie ze znaczną siłą główki dziecka o przedmiot twardy i to, sądząc z braku uszkodzeń samej skóry czaszki, o przedmiot płaski, n. p. podłogę, ścianę i t. p. Mogło więc ono powstać albo przez upadnięcie dziecka główką na dół, z pewnej znaczniejszej wysokości, na podstawę twardą płaską, lub też przez czynne uderzenie główką dziecka o podobnąż podstawę.

7) W każdym razie dziecię żywe dostało się do kloaki; to jednak nie wyklucza możliwości, iż przedtem odniosło owe obrażenie czaszki, gdyż, jak doświadczenie lekarskie poucza, noworodki nawet po bardzo znacznych obrażeniach czaszki i mózgu, bo po zupełnem wymóżdżeniu, mogą żyć jeszcze pewien czas.

8) Z drugiej jednak strony nic nie przemawia przeciw temu, iż obrażenie to powstało w samej kloace przez uderzenie główką dziecka o dno kloaki. Zbadanie miejsca rzecz tę do pewnego stopnia mogłoby wyjaśnić.

Władze policyjne wyśledziły niebawem matkę dziecięcia w osobie Ludwiki S., pokojowej, stanu wolnego, lat 24 liczącej; zastano ją rano tego samego dnia, w którym znaleziono zwłoki dziecka, leżącą w łóżku i skarżącą się tylko na ból głowy. Zagadnięta, wypierała się z początku, jakoby odbyła ubiegłej nocy poród, później jednak przestała temu zaprzeczać, gdy w łóżku jej znaleziono owinięte w ręcznik łożysko. Przewieziona do szpitala św. Łazarza na oddział położniczy, przebywała tam przez dwa tygodnie, poczem, na wniosek Prokuratoryi Państwa, odstawiono ją, jako oskarżoną o zbrodnię dzieciobójstwa, do więzienia śledczego. Przy przesłuchaniu podaje, iż rodziła poraz drugi; pierwsze jej dziecko ma już trzy lata, żyje, i ona sama łoży na jego utrzymanie.

Obecnie, choć wiedziała, że jest w ciąży, nie spodziewała się tak prędkiego porodu, obliczając czas ciąży dopiero na 5 miesięcy. Nie wiedziała zupełnie, iż odbywa poród; wieczorem położyła się spać jak zwykle i dopiero koło północy obudziła się z silnem parciem na stolec, udała się więc do wychodka i tam z niej coś „chlusło“, lecz co, tego nie wiedziała; w wychodku przebywała około 5 minut. Potem położyła się spać, czuła się jednak osłabioną i miała szum w uszach; rano dopiero miała się dowiedzieć od strażników policyjnych, iż tej nocy urodziła dziecię.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Trzecia serya orzeczeń sądowo-lekarskich Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiel.

Zestawił

Prof. Dr. Leon Wachholz.

III. Uduszenie gwałtowne czy utopienie? Morderstwo, samobójstwo czy wypadek?

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Epikryza.

Jeżeli pozwoliłem sobie ogłosić powyższy przypadek, łatwy do oceny i nie budzący niezwykłego zainteresowania dla względnej swej częstości, to uczyniłem to z tego powodu, iż przypadek ten nastręcza sposobność równoczesnego dowiedzenia ważności studyum medycyny sądowej tak dla lekarza, jak i sędziego. Naukowy zatarg między rzeczoznawcami powyższej sprawy a prokuratorem, w treści swej nieraz bardzo humorystyczny, dowodzi jasno, jak dalece jeszcze jest obcą znajomość medycyny sądowej u zawodowych sędziów i t. d., a niestety i u lekarzy, pełniących odpowiedzialne obowiązki znawcy.

Jak już zaznaczyłem, nie budzi przypadek powyższy większego zainteresowania a to choćby już z tego powodu, że znaczne przeobrażenie gnilne zwłok uniemożliwiło dochodzenia za jakiemikolwiek zmianami anatomicznemi w ustroju denatki. Opis tego gnilnego przeobrażenia zwłok w protokole sekcyi jest tak dokładny, a zarazem i dosadny, że już z tego powodu wydaje się conajmniej dziwnem, iż znawcy, rozpoznawszy rozkład gnilny zwłok, kusili się jeszcze o rozpoznawanie anatomicznych zmian, powstałych w narządach denatki wrzekomo za życia. I tak, podając w opisie tchawicy sino-zielone zabarwienie jej błony śluzowej, odnoszą je „najniezawodniej“ do zastoju żylnego, przekrwienia biernego, tak, jakgdyby zastój żylny wywoływał istotnie w tkankach zielone zabarwienie. Pisząc o sercu, mówią, że jest stłuszczone, bo mięsień serca był wiotkim, żółto-zielonawo zabarwionym, i dawał się łatwo rozgniatać, a podobnie rozpoznają i w wątrobie zwyrodnienie tłuszczowe na podstawie żółtego zabarwienia i kruchości jej miąższu, pozostawiającego na nożu, przekrawającym go, tłustą smugę. Wszakżeż tak daleko posunięte gnicie, objawiające się w tych narządach, zwłaszcza zaś zielonem zabarwieniem w sercu (charakterystycznem wyłącznie dla gnicia), tłómaczyło dostatecznie i kruchość i rozpad wrzekomo tłuszczowy ich miąższu, boć wiadomem jest, dzięki badaniom Heidenhaina, Rindfleischa, Klebsa, Hofmanna[1]) że wszystkie niemal tkanki, zwłaszcza zaś tkanka mięsna, oraz tkanka narządów miąższowych, jak wątroby i t. d., ulega wskutek gnicia, zatem po śmierci, przeobrażeniom wstecznym, podobnym nawet z mikroskopowego obrazu do tak zwanego ćmego i tłuszczowego zwyrodnienia, powstających za życia. Zatem, w obec stwierdzonego w zwłokach tak znacznego rozkładu gnilnego, należało odnieść owe wrzekome zwyrodnienia tłuszczowe mięśnia sercowego i wątroby do samego gnicia; gdyż, gdyby nawet zmiany te były powstały za życia, to wobec stwierdzonego rozkładu gnilnego zwłok, niemożliwem było ich rozpoznawanie. Znawcy, rozpoznając stanowczo i pewnie stłuszczenie serca i wątroby, powstałe za życia, mimo znacznej zgnilizny, dokonali rozpoznania, niemożebnego dla najbieglejszego anatoma; dlatego chyba wyrazili się w końcowym ustępie swego dodatkowego orzeczenia, „że wynik sekcyi na trupie tak zgniłym był aż nadto zadawalniającym“.

Orzeczenie Wydziału lekarskiego różni się tem od orzeczenia pierwszych znawców, że przyjmuje ono za przyczynę śmierci utopienie, podczas gdy rzeczoznawcy oświadczyli się za gwałtownem uduszeniem, jako przyczyną śmierci. Ich zdaniem dostała się Ewa S. do stawu już po śmierci, t. j. po uduszeniu, podjętem w zbrodniczy sposób, przyczem morderca owinął jej szyję łańcuchem, w którego pętli (zresztą oględzinami nie stwierdzonej, zatem tylko na domyśle opartej), był umocowany kamień (również tylko przypuszczanie), w celu utrzymania zwłok w głębi stawu.

Podstawę dla wykluczenia śmierci z utopienia znaleźli znawcy w wyniku sekcyi szyi, dróg oddechowych, płuc i żołądka; narządy te bowiem nie zawierały żadnej cieczy, przedewszystkiem wody ze stawu, z którego wyłowiono zwłoki denatki.

Wiadomem jest oddawna, że drogi oddechowe, płuca, żołądek, a nawet górna część jelita cienkiego utopionych, zawierają płyn, w którym oni utonęli. Do płuc wnika płyn pogrążny, w myśl doświadczeń Brouardela i Loye[2]) głównie w okresie trzecim, t. j, w czasie końcowych, czynnych wdechów; do żołądka zaś dostaje się woda przez odruchowe ruchy połykowe w pierwszych chwilach okresu duszności. Ilość wnikającego płynu bywa różna. Ilość ta, dostająca się do płuc, zależy przedewszystkiem od jakości płynu, i tak n. p. woda wnika łatwiej i obficiej, niż gęsta treść, n. p. gnojówki; dalej zależy ilość ta od stanu dróg oddechowych: jeźli bowiem one są przytkane wydzieliną, np. u dzieci, to płyn, zwłaszcza gęsty, nie zdoła głębiej, a tem samem i obficiej, do płuc wniknąć. Również zmienną bywa ilość płynu, wnikającego do żołądka, bo jak się wyraża Brouardel[3]) nie każdy topiący się wodę połyka.

Płuca utopionych przedstawiają obraz podobny do obrzęku, t. j. okazują się mniej lub więcej powiększone, nie zapadają się przy otwarciu klatki piersiowej, są przy dotyku pulchne, i zalewają się na rozkroju obfitą cieczą pienistą. Jak wiadomo, tłómaczono sobie w rozmaity sposób powstawanie tych zmian w płucach, a dopiero doświadczenia Arnolda Paltaufa[4]), Brouardela i Viberta[5]), stwierdziły istotną ich przyczynę we wnikaniu płynu pogrążnego w tkankę śródmiąższową (interstycyalną). Obraz ten obejmuje Brouardel mianem *emphysema aquosum*. Jakkolwiek obraz ten spotyka się nadto często w płucach utopionych, to jednak, o czem i nasze, dość w tym względzie rozległe doświadczenie poucza, nie bywa on stałym, a nierzadko przedstawiają się płuca nawet w stanie całkiem prawidłowym.

Płyn pogrążny wnika do dróg oddechowych i pokarmowych nie tylko za życia, t. j. jeżeli człowiek za życia

[1]) Die forensisch wichtigsten Leichenerscheinungen von Hofmann. Viertjschr. f ger. Med. Bd. 2) Z. 2.

[2]) Cours de médecine légale. La pendaison itd. par Brouardel. Paris 1897. Str. 423.

[3]) Jak 2) str. 480.

[4]) Über den Tod durch Ertrinken. Wien. Leipzig 1888.

[5]) Jak pod 2) str. 476.

w nim tonie, lecz wnika on także do tych narządów, jeżli człowiek po śmierci ulega zanurzeniu. Przekonały o tem dowodnie doświadczenia Limana, Hofmanna[6]) i innych; a w ostatnich czasach wykazały doświadczenia Haberdy[7]), że nawet treść gnojówkowa kanałów może wniknąć aż w najdrobniejsze rozgałęzienia oskrzeli zwłok noworodków, w niej zanurzonych.

Przypuściwszy zatem, że Ewę S. wrzucono już po śmierci do stawu, to i wówczas powinnyby jej narządy oddechowe oraz żołądek zawierać wodę. Jeżeli zaś narządy te, wody nie zawierały i były suche, to stan ten tłómaczy dostatecznie znaczne przeobrażenie gnilne zwłok denatki. Wiadomem jest bowiem, że gromadzące się w jamie brzusznej gazy gnilne wypierają z żołądka treść na zewnątrz drogą przełyku, że w skutek gnilnej imbibicyi i przesiąkania, płyn zawarty w płucach przepaca się ze surowicą krwi na zewnątrz, w pierwszym rzędzie do worków opłucnowych, że zatem płuca utopionego, które w czasie, zanim się jeszcze gnicie rozpoczęło, zawierały płyn pogrążny, z chwilą postępu przeobrażenia gnilnego stają się coraz mniej zasobne w części płynne, wreszcie stają się nawet tak suche, jak to w zwłokach Ewy S. stwierdzili znawcy.

Odwieczną jest prawdą, że jeden błąd pociąga za sobą dalszy ich szereg. To też i znawcy, wykluczywszy raz na błędnych podstawach przypuszczenie śmierci z utopienia, popadli w dalszy szereg omyłek, jak rozpoznanie śmierci z gwałtownego uduszenia, nie określonego bliżej co do sposobu jego wywołania, oraz fantazyjne domysły z łańcuchem, pętlą jego i kamieniem.

Ten zasadniczy błąd znawców był powodem zbytecznych i częściowo, co do treści, mylnych pytań Prokuratoryi Państwa i błędnych odpowiedzi na nie.

Przechodząc pokrótce do omówienia pytań, zadanych przez Prokuratoryę, uderza w nich, już na pierwszy rzut oka dostrzegalny, brak u autora znajomości zasadniczych pojęć z medycyny sądowej. I tak, pytanie pierwsze, niestety dość często przez sędziów zadawane, jest na wskróś błędne, gdyż uduszenie nie jest czynnością, lecz stanem wywołanym przez czynność duszenia. Odpowiedź zaś lekarzy na to pytanie jest niewłaściwą, lub też z rozmysłu, zatem ironicznie, w ten sposób, ułożoną. Dalsze dwa pytania, pozbawione również naukowej podstawy, spotkały się z takiemi odpowiedziami, na które nie można się w zupełności zgodzić, a to co do odpowiedzi na drugie pytanie o tyle, o ile, jak to już wspomnieliśmy, nie zawsze się daje spotkać obraz *emphysema aquosum* w płucach utopionych, a już nigdy, jeśli ich zwłoki są zgnilizną dotknięte; zaś co do odpowiedzi na trzecie pytanie o tyle, o ile płuca osób dorosłych, nie wskutek gromadzenia się barwika, lecz pyłu węglowego i t. d., zmieniają swą barwę naturalną na czarną, szarą i in. Odpowiedź na pytanie piąte nie była właściwą, ponieważ, jak doświadczenie uczy, nie zawsze ulega język wklinowaniu między zęby w przypadkach nawet powieszenia, a w danym przypadku wysterczanie języka z jamy ustnej i zaklinowanie jego między zębami, było wytłómaczone działaniem gnicia. Pytanie szóste jest ze wszystkich najbłędniejsze: autor jego bowiem twierdząc, że zwłoki uduszonego muszą się na powierzchni wody unosić, wyobraża sobie jedynie tę możliwość, że człowiek ulega uduszeniu po głębokim wdechu, skutkiem którego (chyba na sposób pęcherza wydętego powietrzem) musi po wodzie pływać.

Pomijając w końcu rażącą nieumiejętność, jaka wynika z tych pytań, uderza uwaga dopisana przy wstępie protokółu sekcyjnego, a ujęta w dwa słowa „bez znaczenia". To też pod tym względem musimy się w zupełności zgodzić z odpowiedzią znawców na tę uwagę, a to tem bardziej, że wiadomo nam z własnego doświadczenia, jak małą niejednokrotnie wagę przywiązuje się do szybkiego i dokładnego stwierdzenia okoliczności, towarzyszących czynowi, względnie przypadkowi, okoliczności, które dla wyjaśnienia istoty czynu posiadają nadto często pierwszorzędne znaczenie. Dowodów w tym względzie dostarczą nam przypadki, które w dalszym ciągu powyższej seryi orzeczeń będziemy mieli sposobność ogłosić.

[6]) Lehrb. der ger. Med. von Hofmann. VIII. Aufl. 1898. str. 554.
[7]) Congrès intern. de Moscou. Arch. d'anthrop. crim. 1897. Nr. 72. Pag. 684.

III. Dalsze badania nad czynnością nerek

napisał

Prof. Dr. W. Sobierański.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Wspomniałem już wyżej, że wszystkie moje doświadczenia przeprowadziłem wyłącznie pod wpływem działania środków moczopędnych. Tutaj muszę tylko wspomnieć o podziale właściwych środków moczopędnych, jaki w mej dawniejszej pracy podałem. Środki te podzieliłem na trzy gromady: Do pierwszej zaliczyłem kofeinę i jej pochodne, które zmniejszają przeważnie czynności chłonnicze kanalików krętych, wywołując w ten sposób diurezę. Druga gromada obejmuje sole (chlorek sodowy, azotan sodowy itd.), które podnoszą głównie filtracyę i osmozę w kłębuszkach, a do trzeciej gromady zaliczyłem mocznik i pokrewne mu ciała, które zajmują miejsce pośrednie pomiędzy temi dwoma gromadami.

Diureza solna.

Doświadczenia moje rozpocząłem z drugą gromadą, solami, gdyż te już z teoretycznego stanowiska najwięcej mnie obiecywały. Jak wiadomo, sole posiadają własności odciągające wodę, odbierają je tkankom, czyli czynią narządy nasze uboższymi w wodę. W taki sam sposób powinny więc działać i na nabłonki kanalików krętych; a jeżeli rozmaite wejrzenie nabłonków jest objawem pęcznienia, to sole odciągając im wodę, powinny ten stan znosić. I rzeczywiście, to teoretyczne rozumowanie mnie nie zawiodło. Przedewszystkiem spostrzegłem, że komórki nabłonków kanalików krętych były nizkie, przez co światło samych kanalików wydawało się większe, oprócz tego okrągłe. Najbardziej jednak charakterystyczną cechą dla diurezy solnej było wystąpienie obwódki szczoteczkowatej na wszystkich nabłonkach kanalików krętych. Ostatnie zjawisko wystąpiło tak typowo i pięknie, że nie mogłem ani na chwilę powątpiewać, iż jest ono związane z diurezą solną. A wreszcie, idąc dalej,

musiałem się przekonać, że ukazywanie się tej obwódki jest następstwem odciągania wody przez sole.



Jeżeli więc zawartość soli we krwi, względnie w moczu, zaczyna się zmniejszać, (co następuje wtenczas, gdy diureza solna zaczyna znikać), to natychmiast przybłonki zaczynają przybierać rozmaite kształty, czyli pęcznieć, a wtenczas i obwódka szczoteczkowata znika. Przy tych doświadczeniach z solami (mam tu na myśli *natrium chloratum*, albo *natrium nitricum*) zwiększała się zawsze ilość mocznika wraz ze wzmnożonym wydzielaniem się moczu; nigdy jednak ilość mocznika nie była proporcyonalną do ilości wydzielającej się cieczy.

Tak więc diureza solna jest, według mego zdania walka pomiędzy własnościami resorbcyjnemi nabłonków kanalików krętych a własnościami soli odciągającemi wodę; cały więc efekt zależy od tego, który z tych czynników zyskuje przewagę.

Diureza kofeinowa.

Postępowanie przy doświadczeniach nad diurezą kofeinową było takie same, jak i przy solach, t. j. zabijałem zwierzę na szczycie możliwie największej diurezy, a nerkę ustalałem w płynie wyżej podanym.

Obraz mikroskopowy, jaki tutaj otrzymałem, już z samych teoretycznych względów musiał być odmiennym od tego, który spostrzegano przy stósowaniu soli. Sole wywołują wyżej opisane zmiany wskutek swoich własności odciągających wodę; przy kofeinie zaś, jak to już w dawniejszej pracy ugruntowałem, mowy o tem być nie może. Tu bowiem występuje swoisty wpływ tego środka na kanaliki kręte, które, pod działaniem kofeiny utracają, lub co najmniej osłabiają swe zdolności resorbcyjne. Diureza przeto kofeinowa wtedy tylko się ukazuje, gdy w ustroju znajduje się dostateczna ilość wody i soli. Obrazy przeto, otrzymane zapomocą tego środka moczopędnego, będą już z samej natury rzeczy zależne nie tylko od kofeiny, ale także od ilości soli, którą ustrój w danej chwili ma do rozporządzenia. Z tego też powodu przybłonki, zostające pod wpływem tak kofeiny jak i soli, nie mogą przedstawiać tej jednolitości w zachowaniu się nabłonków kanalików krętych, jaką widzieliśmy przy diurezie wyłącznie solnej. Rzeczywiście spotykamy się tutaj, podobnie jak i w prawidłowej nerce, z rozmaicie wyglądającymi przybłonkami w kanalikach krętych. I tak, jedne z nich znajdowałem w stanie napęcznienia, bez obwódki szczoteczkowatej i z niewyraźnie zaznaczonemi granicami komórkowemi; inne posiadały mniej lub więcej rozwiniętą obwódkę szczoteczkowatą, inne znów okazywały stany pośrednie. Jedno mogłem tylko zauważyć i to tylko przy silnej diurezie kofeinowej, mianowicie pewne rozszerzenie światła kanalików moczowych, co po części da się wytłómaczyć wpływami mechanicznymi.

Z powyższego przedstawienia widzimy, że obrazy te żywo przypominają stosunki, jakie w prawidłowej nerce spotykamy; a zatem doszedłem do wniosku, że kofeina wprowadza nabłonki kanalików krętych w pewien stan odrętwienia, utrzymuje, co do ich kształtu, pewien „status quo ante“, lecz zarazem pozbawia własności resorbcyjnych i to jest powodem wzmożonej diurezy.

Przybłonki te, znajdujące się pod działaniem kofeiny, mogą jednak oddziaływać na sole, gdyż kofeina z nich szybko zostaje wypłókiwaną. Ten fakt ma dużą terapeutyczną doniosłość, o której na innem miejscu obszerniej powiem. Jeżeli przeto wstrzykniemy zwierzęciu, okazującemu diurezę kofeinową, roczyn soli kuchennej lub azotanu sodowego, to zobaczymy znów, że wszystkie przybłonki kanalików krętych zostaną uzbrojone w obwódkę szczoteczkowatą.

Diureza mocznikowa.

Przechodzę z kolei do mocznika i zaznaczam, jak to już dawniej wykazałem, że mocznik zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy wyżej wymienionemi gromadami.

Wstrzykując więc małe ilości rozczynu mocznika, otrzymujemy obrazy, przypominające diurezę kofeinową, podczas gdy większe ilości wywołują obrazy podobne do tych, jakie spotykaliśmy przy solach; a więc i tu mamy typowo wykształconą obwódkę szczoteczkowatą. Mocznik przeto zmniejsza resorbcyjne własności kanalików krętych, a w większych ilościach działa nadto zupełnie podobnie do soli, t. j. odciąga nabłonkom wodę i znosi ich napęcznienie, jest zatem idealnym środkiem moczopędnym.

Jednakowoż obie te własności mocznika są słabszemi w porównaniu z jednej strony z kofeiną, a z drugiej z solami.

Zbliżając się ku końcowi, pragnę jeszcze dodać kilka ogólnych uwag o czynności nerek. Uwzględniając obecnie przytoczone fakty, jak i dawniej już podane, musimy przyjść do przekonania, że teorya Bowman-Heidenhaina jest zupełnie błędnie ugruntowaną. Już sam bowiem mechaniczny czynnik, jak obecność takich szczoteczek, które przedstawiają pewien rodzaj naczyń włoskowatych, ułatwiających wchłanianie, przeczy temu, aby nabłonki te były głównie wydzielniczymi. Z tego też prawdopodobnie względu spotykamy obwódki podobne w narządach, posiadających przeważnie zdolności resorbcyjne, n. p. w jelicie.

Co się tyczy pracy Sauera, o której wyżej wspomniałem, to widzimy, że jest ona źle uzasadnioną: Mianowicie, autor ten twierdzi, że nabłonek kanalików krętych jest zawsze pokryty obwódką szczoteczkowatą i że brak jej uważa za wytwór sztuczny. Te twierdzenia pozbawione są podstawy, gdyż w prawidłowej nerce często nie znajdujemy tej obwódki tak samo, jak przy kofeinowej diurezie, pomimo zastósowania tych samych płynów, które dobrze ustalają obwódkę.

Wreszcie pozostaje mi do omówienia jeszcze jeden fakt, który długi przeciąg czasu zaprzątał moją uwagę, a mianowicie, dlaczego w jednej i tej samej nerce napotykamy tak rozmaite wejrzenie nabłonka kanalików krętych? I tak, gdy w jednych kanalikach można znaleźć nabłonki całkowicie napęczniałe, w innych czasami występuje wyraźna obwódka

szczoteczkowata. Objaw ten, mojem zdaniem, daje się bardzo łatwo wytłómaczyć, jeżeli się tylko uwzględni budowę anatomiczną nerki.

Badając bliżej nerkę, możemy doskonale zauważyć, że nie wszystkie kłębki znajdują się pod jednakowem parciem krwi, albowiem, gdy jedne z nich są osadzone na grubych naczyniach, to inne łączą się z pniem głównym za pośrednictwem długich i cienkich naczyń krwionośnych. Również ważną jest rzeczą, na którą zwrócił uwagę Drasch[11]) w swoich badaniach, że nie wszystkie kłębki posiadają jednakową budowę. Autor ten wykonał dwa odmienne wzory kłębków Malpigiusza, różniących się od siebie bądź to samą osłonką przybłonkową, bądź to wielkością samych kłębków, dalej, — umieszczeniem w nich naczyń, budową ścian naczyniowych, a nadto i topograficznem swem ułożeniem w nerce.

Wszystkie te czynniki dowodzą, że kłębuszki mogą w jednej i tej samej nerce w pewnych warunkach nie jednakowo funkcyonować, co również znajduje potwierdzenie doświadczalne. Mianowicie, jeżeli królikowi lub psu wstrzykniemy do żyły szyjnej niewielką ilość indygo-karminu (dajmy na to 5—10 ctm.), to znajdujemy pewną część nabłonków kanalików krętych na niebiesko zabarwionych, natomiast inne są bardzo mało, lub zupełnie niezabarwione; dowodzi to, że barwik tylko przez niektóre kłębuszki w większej ilości wydzielonym został. A dla tych także przyczyn łatwo jest pojąć, dlaczego niekiedy w patologicznych stanach nerki zajęcie kanalików krętych nie jest w całej nerce jednakowe.

Obecnie więc zdobyte fakta, jak i poprzednio ogłoszone, przemawiają zatem, że czynność przybłonków kanalików krętych jest głównie chłonniczą.

Lwów, w grudniu 1897 r.

Zakład farmakologiczny.

IV. O szóstym zmyśle.

Podał

Dr. Józef Zanietowski.

(Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego, dnia 30 czerwca 1897 r.

(Ciąg dalszy).

Niepodobna, jak to już zaznaczyłem, wyliczać tu wszystkich przypuszczeń i hipotez; z chaotycznego szeregu przeróżnych teoryj wybrałem tylko te, które mają najwięcej zwolenników i starałem się je zestawić w sposób łatwy do zapamiętania, porządkując szczegóły według tego, z jakiemi siłami mamy do czynienia we wszechświecie. Po za wyliczonymi powyżej tytułami, jakie przypadły w udziale narządowi słuchowemu zwierząt niższych, lub części tego narządu u zwierząt wyższych, t. j. tytułami: „zmysłu odczuwającego zmiany położenia“, „zmysłu odczuwającego ruch obrotowy“ i „zmysłu odczuwającego przyśpieszenie lub zwolnienie ruchu“ — mnóstwo innych jeszcze wyliczyćby można. — Wystarczy może, jeśli dla przykładu przytoczę doświadczenia nad wpływem labiryntu na dynamogenię, na odruchy, na działalność mięśni okoruchowych, na napięcie (tonus) mięśni, a prace: Leea, Vlassalla, Bonniera i Ewalda, mogą dostarczyć ciekawych pod tym względem szczegółów.

Z umysłu wreszcie nie podkreślam przypuszczenia o istnieniu specyficznego zmysłu „czucia mięśniowego“; pozwalającego nam sądzić o stopniu skurczu naszych mięśni, gdyż większość fizyologów jest chyba nadto przekonaną o różnorodności czynności obwodowych, których całokształt dopiero wytworzyć może wyobrażenie zmiany położenia mięśni. „Ce n'était plus uniquement le muscle“, powiada w tym względzie Cherchewski, „qui nous donnait la notion de nos attitudes et de leurs variations, c'est à dire de nos mouvements; c'était au même titre que lui et dans beaucoup de circonstances plus que lui, l'articulation en tant que système sensitif autonome, c'étaient les leviers osseux, aponevroses, ligaments, tendons, etc... qui concouraient par leurs sensibilités différentes et respectives á parfaire une sensation complète, combinée et secondaire, les synthétisant dans une perception réelle et consciente, perception des attitudes et de variation d'attitudes“.

Wszystkie te hipotezy wysnute zostały ze spostrzeżeń, dokonanych z jednej strony na prawidłowych zwierzętach i ludziach, a z drugiej na zwierzętach, pozbawionych sztucznie labiryntu, lub ludziach cierpiących na zaburzenia słuchowe. Z jednej więc strony spotykamy się w pracach autorów z gołębiami, które nie reagowały na ruch obrotowy po wycięciu labiryntu, z psami, tracącymi w podobnych warunkach wszelką równowagę, z papugami i kawkami, u których, po zniszczeniu kanałów półkręgowych, nie można było wywołać znanego odruchu skręcenia głowy od katody do anody, podczas galwanizowania poprzecznego przez labirynt itp. itp. Z drugiej zaś strony podobne zaburzenia ujawniają się i zostają opisane u ludzi cierpiących na *ictus labirynti*, *haemorhagia vestibuli* i inne cierpienia ucha wewnętrznego. Wprawdzie pojawia się gdzieniegdzie kilka prac napisanych w przeciwnym duchu, których autorowie przypisują obserwowane zaburzenia nadwerężeniu nerwu lub części mózgu przez operacye doświadczalne, lub sprawy chorobowe; jednakowoż większość teoretyków i praktyków, idąc ręka w rękę, nawiązują coraz bardziej nić genetycznego związku, istniejącego między obserwowanemi zboczeniami a przypuszczalnem istnieniem specyficznego zmysłu. Wyrazem tego są słynne prace Hillareta, pomnikowe dzieło Bonniera: „l'Oreille“, wreszcie utarte klinicznie pojęcie choroby Menièra, nad objawami której, odpowiadającymi w zupełności wynikom fizyologicznych doświadczeń, tu chyba rozwodzić się nie trzeba. Z literatury rodzimej przytoczyć więcej nie mogę, jak chyba tylko dwie nowe rzeczy z bieżącego roku, a mianowicie tezę, bronioną przez Cherchewskiego z Brześcia Litewskiego przed Wydziałem lekarskim w Paryżu (25. lutego 1897), oraz artykulik profesora Laskowskiego z Genewy, ogłoszony w jubileuszowym numerze „Nowin Lekarskich“ (1897, Nr. 2); w pierwszej rozprawie znajdujemy na kilku stronach wzmiankę o znaczeniu labiryntu, w drugiej zaś odnosi autor przyczynę choroby morskiej do „długotrwałego podraźnienia oddzielnego narządu zmysłu równowagi“.

[11]) O. Drasch: Ueber das Vorkommen zweierlei Gefassknäuel in der Niere. (*Sitzb. d. k. Akad. der Wissensch.* Wien T. 76 Oddział III 1877).

III.

Omówiwszy pobieżnie doświadczenia, robione nad pęcherzykiem słuchowym zwierząt niższych i labiryntem zwierząt wyższych, oraz człowieka, przystępuję z kolei rzeczy do opisania tych doświadczeń, które po części widziałem naocznie, a które wykonane były na materyale Zakładu fizyologicznego w Wiedniu i Instytutu głuchoniemych. Rzucają one dość ciekawe światło na niektóre szczegóły omawianej przez nas sprawy, a szczególnie doświadczenia z magnesem mają to do siebie, że, jak zobaczymy poniżej, odpierają zarzut nadwerężenia tkanki nerwowej podczas wiwisekcyjnych operacyj. W doświadczeniach tych bowiem postarano się o to, aby nie wycinać labiryntu lub pęcherzyków, lecz aby wprowadzić w grę siłę działającą dodatnio wśród możliwie prawidłowych warunków. O tych doświadczeniach, rozpoczętych w Neapolu, a opisanych po raz pierwszy w rozprawach Akademii Umiejętności wiedeńskiej w roku 1893, słów parę nadmienię, trzymając się ram możliwie treściwych.

Wiadomo z Zoologii każdemu, że t. zw. słupkooki (podophtalma), należące do typu członkonogów, a gromady skorupiaków, po odbytem przeobrażeniu lenią się przynajmniej raz do roku, poczem, z powodu miękkiej nowej skóry kryją się przez pewien czas po norach; wiadomo również, że przy tych wylinach odnawiają się rozmaite części ciała, jako to: błony żołądkowe, pęcherzyki słuchowe itp. — Hensen po raz pierwszy spostrzegł w r. 1863, że dziesięcionogi, a mianowicie *Palaemon antennarius*, do tych świeżo powstałych pęcherzyków słuchowych, umieszczonych w członkach nasadowych rożków wewnętrznych, a mających kształt kulistych worków, które wolno komunikują na zewnątrz z otaczającą wodą, wsadza podczas tych wylin piasek, kamyczki i kryształy, jakie koło siebie napotyka. „Interesującą było dla mnie rzeczą“, powiada ten badacz, „obserwować zapał, z jakim zwierzę, zapomocą swoich szczypcowatych odnóży, wkładało do słuchowych pęcherzyków ledwo dostrzegalne odrobiny kwasu moczowego, jaki nasypałem na dno naczynia w bardzo niewielkiej ilości; kryształy te podczas sekcyi zwierzęcia łatwo mogłem potem odnaleźć w pęcherzykach“. Podobnie zupełnie w roku 1881 postąpił Mayer, pośród doświadczeń z delikatnym pyłem srebrnym na *Palaemon varians*, a w ostatnich czasach Kreidl, który w doświadczeniach z *Palaemon xiphos i squilla*, używał nadzwyczaj starannie oczyszczonych naczyń, przesączonej wody morskiej, i nasypanych na dno naczynia opiłek żelaznych. Doświadczenia te miały nietylko to znaczenie, iż obecność żelaznego pyłu na włoskach tylnej ściany pęcherzyków, i to wyłącznie tylko na tych włoskach, a nigdzie więcej, mogły służyć za „experimentum crucis“ dla przypuszczeń Hensena; nadto stały się genezą myśli bardzo dowcipnej przeprowadzenia szeregu doświadczeń z pomocą magnesu.

Wysunę tu naprzód w opowiadaniu hipotezy, które powstały wśród tych badań, lub też były ich końcowym wynikiem, aby ominąć szereg matematycznych wyrachowań i długich rozumowań, opisanych w pracach Kreidla, których kolejne rozpatrywanie w tym porządku, jak je autor podał, zajęłoby nam za dużo czasu i miejsca.

Najgłówniejszą zasadą i myślą przewodnią doświadczeń Kreidla z magnesem było twierdzenie, że opiłki żelazne, wiszące, a raczej balansujące na włoskach pęcherzyków słuchowych, muszą ulegać wpływowi praw fizycznych, a więc także wpływowi przyciągającej siły magnesu. Otóż jeżeli otolity, czyli kamyczki słuchowe, są zwykłem zanieczyszczeniem pęcherzyków, to zwierzę, posiadające opisane sztuczne żelazne otolity, zbliży się do źródła tej siły, czyli w naszym przypadku, przypłynie ku magnesowi, lub ewentualnie zachowa się biernie. Jeżeli zaś zwierzę stale będzie przyjmowało pewne położenie nienaturalne, nieprawidłowe, stojące w pewnej ścisłej zależności od kierunku działania siły magnesowej, w takim razie kamyki słuchowe muszą służyć do jakiegoś subtelnego celu, a nienaturalność położenia ma swoją genezę w desoryentacyjnem działaniu siły magnesowej. Innemi słowy mówiąc: narząd otolitowy musielibyśmy uważać w tym ostatnim przypadku za specyalny, który wśród wyłącznych warunków niekorzystnych staje się przyczyną zaburzeń w zakresie równowagi. Postaram się jaknajkrócej wyjaśnić to na przykładzie.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę jeden kamyczek słuchowy, leżący na skośnie zagiętej górnej części włoska i wykreślimy sobie w myśli oś rzędnych i oś odcinków, to możemy łatwo sobie wyobrazić, iż kamyczek ten nie leżałby w tem położeniu, gdyby nie podlegał wpływowi działającej w całym wszechświecie siły ciążenia.

Siłę tę, której kierunek przedstawiać nam będzie linia, poprowadzona pionowo od środka ciężkości kamyczka ku dołowi, rozłożyć można według zasadniczych praw geometryi na dwie siły składowe, z których jedna będzie przyciskać kamyczek niejako ku powierzchni włoska, a druga ściągać go na bok. Pierwszą z tych sił osłabia nieco opór sztywnych włosków, tak, iż w prawidłowem położeniu zupełnie się z drugą równoważy. Jeżeli atoli pod wpływem jakiegoś czynnika zewnętrznego zwierzę zostanie nagle przechylone na bok prawy, to kamyczek ześliźnie się nieco ku prawej stronie, a delikatne zgięcie włoska w odpowiednim kierunku i poruszenie się endolimfy są bodźcem drażniącym odpowiednie zakończenia nerwowe. Do świadomości zwierzęcia dochodzi fakt, iż równowaga została naruszoną, a jeśli to jest mu niedogodne, wykonuje ruchy w kierunku przeciwnym, aby wrócić do pierwotnego położenia. Autorowie i zwolennicy tej hipotezy przyrównywują otolit do ciężaru, znajdującego się na końcu drąga linoskoka, który z najmniejszego zboczenia tego drąga wnioskuje o tem jak wielki ruch w kierunku przeciwnym ma wykonać, aby nie stracić równowagi. Jeżeli zatem, wracając do naszego doświadczenia z magnesem, zadziałamy na otolity żelazne za pomocą magnesu, przybliżonego ku głowie ze strony prawej, to siła przyciągająca zwiększa nieco siłę składową poziomą, dopiero co wspomnianą, a zwierzę z przesunięcia się otolitu w stronę prawą, wyciągnie wniosek, iż jakaś siła zmieniła jego prawidłowe, poziome położenie. Następstwem tego fałszywego wyobrażenia jest, że zwierzę, chcąc zachować równowagę, przechylać się będzie na stronę przeciwną tak długo, aż siły składowe, działające na otolit, znowu się zrównoważą i aż zwierzęciu zdezoryentowanemu zdawać się będzie, iż znajduje się w położeniu pierwotnem.

W rzeczywistości jednak zwierzę będzie leżało i pływało na boku lewym, jeśli zbliżymy magnes od strony prawej, na boku prawym, jeśli zbliżymy magnes od strony lewej, na brzuchu, jeśli zbliżymy magnes z góry itd. Regularność, z jaką te objawy wystąpiły w doświadczeniach wykonanych

przez Kreidla na kilkudziesięciu rakach, oraz pewna matematyczna systematyczność ruchów, obserwowana przez badaczy stacyi zoologicznej w Neapolu, każą przypuszczać, iż rzeczywiście narządy otolitowe służą do oceniania położenia. O ile bowiem doświadczenia, w których wycinano pęcherzyki słuchowe, lub pojedyńcze łuki labiryntu, spotkać się mogły z zarzutem, że podczas operacyi nadwerężono jakieś części nerwowego narządu środkowego, o tyle z drugiej strony doświadczenia, przeprowadzone na nienaruszonych zwierzętach przy pomocy siły magnetycznej, dezoryentującej je w pewnym kierunku dowolnym, rzucają ciekawe światło na zawiłą sprawę. Jeżeli jeszcze dodamy, że raki pozbawione wzroku, zupełnie podobnie się zachowują wobec magnesu, a raki bez otolitów żelaznych zupełnie na magnes nie reagują, to będziemy mogli zrozumieć, dlaczego, na mocy tych doświadczeń, Kreidl obstaje za wprowadzeniem do literatury w myśl Verworna wyrażeń statolit i statocysta zamiast otolitów i otocyst, wyrażeń, któreby nieco jaśniej określały przypuszczalną funkcyę labiryntu i jego części składowych. Nie nam tu przesądzać, czy ta propozycya się utrzyma, czy nie; w każdym razie doświadczenia z magnesem rzucają ciekawe światło na spostrzegane zjawiska i wykluczają wszelką możliwość powikłań, jakie zarzucono innym badaczom.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

Dunin: **O neurastenii peryodycznej. — neurastenia peryodyczna, kołowa i naprzemienna (neurasthenia periodica, circularis et alternans)** *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 1—2). Autor tworzy nowe pojęcie chorobowe z nazwą neurastenii okresowej i poddziałami: a) neurastenii okresowej w ścisłem znaczeniu; b) n. kołowej i c) n. przemiennej. Podział ten wzoruje na podobnym podziale obłąkań. Okresową neurastenię: a) znamionuje kolejne występowanie okresu przygnębienia lub pobudzenia i okresu zupełnego zdrowia. Jednakowoż neurastenii okresowej z pobudzeniem, którąby odpowiadała obłędowi okresowemu, autor nigdy nie widział, choć Hoche (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete d. Nerven und Geisteskrankheiten 1897) przytacza przypadki, które tutaj zaliczyć się dadzą. Częściej zdarza się neurastenia okresowa z przygnębieniem. Neurastenia kołowa (b) polega na obrazie chorobowym, w którym, po okresie pobudzenia, nastaje okres przygnębienia. Jeżeli zaś między tymi okresami pobudzenia i przygnębienia istnieje krótki okres zupełnego zdrowia, to będzie trzecia postać neurastenii przemiennej (c).

Autor kładzie nacisk na wyróżnienie neurastenii okresowej od obłąkania okresowego, do którego może się czasem zbliżać, jednakowoż nigdy neurastenia okresowa nie przechodzi w obłąkanie. Przytacza dalej przypadki chorobowe, w liczbie pięciu, na poparcie swego nowego pojęcia i podziału neurastenii okresowej, przypadki nadzwyczaj zajmujące i wybitne. Jeden tylko przypadek (V) nie zdaje się być zupełnie czystym, albowiem dotyczy starca bardzo wiekowego (87 lat), u którego można przypuścić niedołęztwo starcze.

Neurastenia okresowa różni się od obłąkania okresowego mniej wybitnymi objawami, krótkiem trwaniem pojedyńczych okresów, zachowaniem świadomości i poczucia choroby, oraz przebiegu kolejnego okresów, także samemi znamionami okresu przygnębienia, który niekiedy nie przypomina wcale zadumy. Dalej zawsze da się odnaleźć, jako probierz neurastenii, tak zw. obłęd powątpiewania (folie du doute).

Co do rokowania w neurastenii okresowej, to niezawsze bywa ona nieuleczalną. I tak jeden przypadek, przytoczony przez autora, który powstał pod wpływem troski o byt rodziny własnej, zakończył się wyzdrowieniem po ustaniu tej troski. W innym znów przypadku ciężka choroba, zagrażająca życiu, usunęła neurastenię okresową. Okresy objawów chorobowych mogą trwać od kilku lub kilkunastu godzin do kilku miesięcy nawet. Zawsze jednak okres pobudzenia jest krótszy, niż okres przygnębienia.

Zmiana pobytu i warunków życia może złagodzić okres przygnębienia. Czasem okres choroby, przechodząc w okres zdrowia, równocześnie ze zmianą pobytu, naśladuje skutek leczniczy, choć to następuje samo przez się, na mocy kolejności objawów, która to kolejność stanowi główne, najważniejsze znamię neurastenii okresowej, stojącej na samej granicy pomiędzy nerwicą a psychozą, należąc przecież jeszcze do nerwic.

Rzecz, napisana bardzo żywo i zajmująco, czyta się z prawdziwą przyjemnością. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Laub M. Dr.: **Cukromocz (glykosuria) w ostrej fosforzycy.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 2). Autor, w oddziale Bambergera, w szpitalu „Rudolf-Stiftung“, w Wiedniu, spostrzegał trzy przypadki fosforzycy ostrej i wyzyskał je ze względu na cukromocz, oraz wskazówki co do rokowania w tem zatruciu.

Jak wiadomo sądzono dawniej (Frerichs), że w ostrej fosforzycy niema „cukromoczu pokarmowego“, że więc przyswajanie węglowodanów nie jest upośledzone. Dopiero Jaksch wykazał, że w pewnych dobach fosforzycy, a mianowicie na szczycie choroby, występuje cukromocz pokarmowy, jednak nie po zwykłych pokarmach, chyba nadzwyczaj rzadko, lecz dopiero po spożyciu cukru. Dotąd opisano tylko trzy przypadki fosforzycy z cukromoczem. Do nich dodaje autor dwa nowe z cukromoczem przemijającym.

W obu przypadkach wystąpił cukromocz dopiero po kilku dniach. W pierwszym przypadku raz czwartego dnia, a drugi raz jedenastego. W drugim przypadku, w siódmym, ósmym i dziewiątym dniu choroby.

Cukromocz w fosforzycy tłómaczy autor za Jakschem niedomogą zbiorników glykogenu, to jest wątroby i mięśni, przez co powstaje hiperglikemia, a w następstwie tego glikozurya. Dopóki wątroba nie wróci do zupełnego zdrowia, to znaczy dopóki cała ilość jej komórek nie stanie się znowu sprawną, dotąd może jeszcze pojawić się cukromocz pokarmowy.

Co do innych objawów w przemianie materyi w fosforzycy, to stale pojawia się nadmiar wydzielania azotu, a ubytek wydzielania mocznika. Z przypadków fosforzycy, opisanych przez innych badaczy, wyłącza autor te, które należą do okresu przedzgonnego, a w nich oczywiście stosunek ten nie pojawia się wcale. Zresztą wszystkie przypadki czyste dowodzą prawa powyższego, a również okazało się ono wyraźnie w przypadku autora (III). Oprócz azotu rośnie też wydzielanie amoniaku, o czem dotychczas bardzo mało wie nauka wogóle, a to spostrzegł też autor w swoim przypadku (III).

Po okresie większego wydzielania kwasu fosforowego nastaje w fosforzycy okres zatrzymania wydzielania tegoż, a takie przypadki uważa Münzer za pomyślnie przebiegające. Jednakowoż mimo tej wskazówki w rokowaniu, w przypadku autora (III) nastąpił skon. Z tego powodu zdaje się, że sprawa fosforzycy jest jeszcze za mało poznana i należy w przyszłości dokładnie uwzględniać każden nadarzający się przypadek tego otrucia co do przemiany materyi.

Jeżeli chory, jeszcze wśród objawów najcięższego zatrucia łaknie i jeżeli żółtaczka występuje nie odrazu, ale dopiero po kilku (2—3) dniach — ma być rokowanie pomyślne. Jednak tak te wskazówki, jak i wskazówka z zachowania się wydzielania kwasu fosforowego, wymagają jeszcze potwierdzenia na większej ilości przypadków.

Do pracy skrzętnie napisanej dodane tabliczki stosunków azotu, mocznika, amoniaku, kwasu fosforowego i chlorków. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Pawiński Józef Dr.: **Asthma vesicale**. *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 1, 2, 3). Dusznica, występująca wskutek niedostatecznego opróżniania się pęcherza moczowego, stanowi osobną postać chorobową, którą autor mianuje dusznicą pęcherzową. Przytacza szereg przypadków (pięć), w których dusznica występowała w następstwie zaburzenia, nie w wyróbce moczu, ale w wydalaniu go z pęcherza. Najczęstszą przyczyną upośledzonego wydalania moczu z pęcherza jest przerost gruczołu krokowego, choć i inne przyczyny mogą wywołać dusznicę pęcherzową, jak n. p. nowotwory. Ponieważ prostatycy z istoty rzeczy są ludźmi starymi, więc dusznica pęcherzowa dotyka ustroju schorzałego z równoczesną miażdżycą układu naczyniowego, a przez to przebieg choroby się wikła.

Odpuszczanie moczu przez cewnik sprowadza nagłą ulgę, dusznica ustępuje widocznie potem. W jednym przypadku (I), przytoczonym przez autora, pęcherz był tak rozciągnięty, że sięgał aż nad pępek i tutaj sterczał w kształcie guza, który brał lekarz za tłuszczak. Odpuszczanie moczu, zapomocą cewnika, niebawem ulgę przyniosło. Zastósowanie środków, używanych w zwyczajnej dusznicy, nie sprawia skutku w dusznicy pęcherzowej. I to też było powodem, że autor dopiero później doszedł do odkrycia właściwej przyczyny, gdy inne środki nie prowadziły do celu.

Zakładanie cewnika nosi w sobie niebezpieczeństwo zakażenia pęcherza, a to, zwłaszcza wobec wieku chorych, przeszkadza dobremu rokowaniu.

Ponieważ przerost gruczołu krokowego jest tak częstą chorobą, dobrze zrobił autor, że zwrócił swoją pracą uwagę na związek dusznicy z niedostatecznem opróżnianiem się pęcherza moczowego. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. F. Ransom: **Zachowanie się toksyn tężcowych po wprowadzeniu do kanału pokarmowego**. *(Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 8). Jest rzeczą powszechnie znaną, że niektóre jady, jeśli je wprowadzimy do przewodu pokarmowego zwierzęcia, nie wywierają wcale swojego wpływu toksycznego na to zwierzę. Wykazał to w ostatnich czasach Gibier na toksynach błoniczych i tężcowych. To samo dzieje się z toksynami cholery i gruźlicy. Stawiano różne hipotezy, aby sobie wytłómaczyć tę znaczną różnicę, jaka zachodzi między wstrzyknięciem podskórnem toksyn, a podaniem ich na wewnątrz. Według tych hipotez kwas żołądkowy, albo też sok gruczołów kiszkowych, wywierać ma na nie niszczący wpływ. Autor podawał świnkom morskim toksyny *per os* i *per rectum*, zabijał je po pewnym czasie chloroformem, przygotowywał z różnych narządów zawiesiny i wstrzykiwał je myszom. Przytem przekonał się, że tylko zawiesina z żołądka, jelita cienkiego i jelita grubego dawała objawy tężca, gdy zawiesiny z innych narządów nie wywierały żadnego wpływu. Na mocy tych doświadczeń wysnuwa autor następujący wniosek: 1) toksyny tężcowe, podane do wewnątrz, nawet w wielkich dawkach, są nieszkodliwe; 2) toksyny nie bywają wessane ani z żołądka, ani z jelit, wskutek czego we krwi nie spotykamy ani toksyn, ani antytoksyn; 3) toksyny w przewodzie pokarmowym nie giną, ale przechodzą niezmienione przez cały przewód pokarmowy i bywają *per anum* wydzielane. *Dr. Batko.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Walidol jest nowym lekiem, kojącym ból i przeciwmacinniczym. Jest on połączeniem mentolu z kwasem kozłkowym, przedstawia ciecz bezbarwną, gęstości gliceryny, ma miły zapach, lekko gorzkawy, orzeźwiający, smak i posiada wszystkie dodatnie własności składających go przetworów, lecz nie drażni miejscowo. Podany w ilości 15—20 kropel (do 3-ch razy dziennie), stanowi silny środek podniecający w histeryi i neurastenii. Prócz tego walidol działa wzmacniająco na czynność trawienną żołądka i podnieca łaknienie. (La Médécine moderne Nr. 14). Kw.

I. Köller: Leczenie gruźlicy gwajacetyną (Aerztl. Centr. Anz. 1897, Nr. 32 i 33).

II. Goldmann: Doświadczenia z gwajacetyną i eukazyną przy leczeniu chorych piersiowych (Wien. med. Woch. 1897, Nr. 50).

I i II. Gwajacetyna jest solą sodową kwasu brenckatechinooctwego.

$C_6H_4{<}^{OH}_{OH}$	$C_6H_4{<}^{O \cdot CH_3}_{OH}$	$C_6H_4{<}^{O \cdot CH_2 \cdot COOH}_{OH}$
brenckatechina	gwajakol	kw. brenckatechinojednooctowy.

Jestto biały, bezwonny proszek, rozpuszczalny w 15 częściach wody, o smaku gorzkawym, nie nadżerający i nie trujący, co, w przeciwieństwie do gwajakolu (podobnie jak kwas salicylowy w stosunku do fenolu) zawdzięcza grupie karboksylowej COOH.

Podawana u gruźliczych w ilości 0,5 trzy razy dziennie w proszkach, lub kołaczykach, podnosi przedewszystkiem łaknienie, którego brak nie pozwala niejednokrotnie na zastósowanie odpowiedniego żywienia chorych, usuwa gorączki i poty nocne, łagodzi kaszel, ułatwia wykształszanie, poprawia wreszcie stan ogólny i odżywienie, co się najlepiej odbija na wzroście ciężaru ciała (do 5 kg. i więcej w ciągu kilku tygodni).

Znoszona bywa dobrze nawet w tych przypadkach, gdzie kreozotal i węglan gwajakolowy musiały być odstawione z powodu przypadłości żołądkowojelitowych. Węglan bowiem kreozotu (kreozotal) i gwajakolu rozkładają się pod wpływem soku trzustkowego i wydzielają nadżerający kreozot, względnie gwajakol, czego gwajacetyna nie czyni.

Korzystnem jest połączyć leczenie gwajacetyną z podawaniem eukazyny, najlepiej pod postacią eukazynowych kołaczyków „cakes". L.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z d. 11 Lutego 1898.

Przewodniczący: Kol. Dr. Machek. Członków obecnych 48.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Jasiński wygłosił rzecz pod tyt.: „Antropologia kryminalna i zwyrodniali zbrodniarze, a sądy karne" (będzie ogłoszone drukiem).

W dyskusyi kol. Obtułowicz podnosi, że uwagi wygłoszone przez kolegę J., są bardzo cenne. Lekarze sądowi uważają sobie za obowiązek wiedzy lekarskiej i sumienia zwracać uwagę sądów na tę sprawę lecz państwo i kraj muszą przyjść w pomoc, stwarzając zakłady odpowiednie dla nieuleczalnych obłąkanych i domy przymusowej pracy, lub osady rolne dla zwyrodniałych pod względem umysłowym. Nasze zakłady krajowe dla obłąkanych są przepełnione, n. p. zakład kulparkowski mieści przeciętnie 670—680 chorych, podczas gdy jest obliczony co najwyżej, wraz z nowo dobudowanymi pawilonami na 580 obłąkanych. Ztąd też Dyrekcya musi wydalać takich umysłowo chorych, którzy jeszcze ciągłego nadzoru lekarskiego potrzebują i bezwiednie czynów zbrodniczych się dopuszczają. Należy mieć nadzieję, że nasi przedstawiciele w Radzie państwa i w Sejmie pójdą z postępem czasu i rozwoju nauk lekarskich i zastósują wyniki badań umiejętnych do praktycznych celów humanitarnie pojętego sądownictwa. (*Autoreferat*).

3) Kol. Obtułowicz przedstawił preparat sądowo-lekarski, dotyczący noworodka, który w sposób zbrodniczy został przez matkę wyrzucony po urwaniu pępowiny przez okno i zginął śmiercią gwałtowną skutkiem rozbicia czaszki. Na płucach tego noworodka, grasicy i osierdziu trzewowem widać liczne wynaczynionki, napotykane zwykle w przypadkach śmierci z uduszenia. Preparat ten stanowi nowy i wybitny dowód, „że Tardieu mylił się, uważając wynaczynionki podopłucnowe za cechę śmierci z uduszenia w ścisłem słowa tego znaczeniu, t. j. z uduszenia powstałego przez zamknięcie dróg oddechowych", tudzież, że Liman i jego zwolennicy mają racyę twierdzić, że wynaczynionki te powstać mogą nie tylko przy uduszeniu mechanicznem, lecz i przy powstałem z przyczyn wewnętrznych, n. p. przy padaczce, zatruciach, połączonych szczególniej z drgawkami itd.

W przypadku podanym przez prelegenta nie było wcale śmierci z uduszenia mechanicznego, lecz, skutkiem złamania kości czaszkowych, i krwotoku śródczaszkowego, powstało prawdopodobnie tak silne zadrażnienie ośrodka oddechowego i tak silny kurcz naczynioruchowy, że skutkiem tego przyszło do powstania licznych i ładnie wykształconych wybroczyn podopłucnowych na grasicy i osierdziu trzewowem. (Przypadek ten będzie obszernie skreślony w „Przeglądzie lekarskim“).

(*Autoreferat*).

4) Kol. Obtułowicz wygłosił wykład: „O przypadku krwotoku śródczaszkowego, między oponowego, bez pęknięcia kości czaszkowych po urazie tępym“. (Przypadek ten będzie obszernie ogłoszonym w „Przeglądzie lekarskim“).

M. S., kamieniarz, 50-letni, został 21/12 1897 r. ugodzony cegłą w głowę, pokrytą czapką barankową, stracił przytomność, odzyskał ją dopiero po upływie 2 dni, poczem okazywał porażenie połowicze po stronie prawej. Po 10 dniach stan jego bardzo znacznie się poprawił, lecz wkrótce znów pogorszył, a wreszcie M. S umarł w 19 dni po uderzeniu (t. j. 10/1. 1898) wśród objawów porażennych i opadowego zapalenia płuc. Obdukcya, dokonana przez prelegenta i Dra Lachowicza, wykazała: brak jakichkolwiek śladów po urazie zewnętrznym na powłokach czaszkowych, oczaszna blada, kości czaszki miernej grubości, blade, brak wybroczyn między kośćmi czaszki a oponą twardą, a dopiero obfite skrzepy ciemno-czerwone, ugniatające półkulę mózgową po stronie prawej, otaczały ją ze wszech stron i ugniatały płat skroniowy mózgu tak, że widocznem było nieckowate zagłębienie. Wybroczyny te przylegały ściśle do opon miękkich mózgu tak, że trudno tylko dawały się oddzielać od pojedyńczych zwojów mózgowych. Utkanie miąższu mózgowego było zbitsze w półkuli prawej, niż lewej, która była soczystszą i nigdzie żadnych wybroczyn nie okazywała. Móżdżek był nieuszkodzony. Podstawa czaszki, podobnie i sklepienie, nie okazywały najmniejszego pęknięcia, ani też śladu po jakiejkolwiek wybroczynie. Mimo dokładnych poszukiwań nie zdołali obducenci wykryć miejsca pęknięcia zatoki sierpowatej większej, lub oderwania się żył, z których krwotok między oponowy w tak znacznym stopniu powstał; nie było również ognisk rozmiękłych w mózgu, ani odmiennie zabarwionych warstw w skrzepach, ani miażdżycy tętnic, ani zmian kiłowych w narządach wewnętrznych sekcyonowanego.

Prócz rozszerzenia pęcherza aż do pępka, z powodu przepełnienia moczem, oraz przekrwienia i lekkiego zagęszczenia tylnych i dolnych części płuc, obdukcya nie wykazała nic uwagi godnego.

Prelegent kładzie nacisk na obfitość krwotoku między oponowego, na długie trwanie życia po wystąpieniu krwotoku urazowego (dni 19) i zalicza to spostrzeżenie do rzadkich w medycynie. Literatura sądowo-lekarska wykazuje „rzadkie przypadki“ pęknięcia mózgu (Zaaijer), oraz krwotoków śródczaszkowych bez uszkodzenia kości czaszkowych, a w dziele Prof. Dra Hermana Friedberga z Wrocławia (z r. 1875) znajdujemy w „Gerichts aerztliche Gutachten“ zacytowany podobny przypadek, gdzie po uderzeniu kijem i pięścią 50 kilkoletnia kobieta zginęła skutkiem krwotoku między oponowego, otaczającego półkulę mózgową lewą, bez uszkodzenia czaszki, ale zginęła w ciągu 1 doby po urazie.

Przypadek podany przez prelegenta jest ważnym nie tylko dla lekarzy sądowych, ale także dla internistów i chirurgów, którzy, dokonując trepanacyi, a nie napotkawszy odłamków blaszki wewnętrznej lub krwotoku między kośćmi czaszki i oponą twardą, powinni pamiętać jeszcze o możliwości krwotoku między oponowego.

(*Autoreferat*).

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll.: Wehr, Gabryszewski Tadeusz z Bóbrki (podając ze swej praktyki analogiczny przypadek), Machek i prelegent.

Po posiedzeniu odbyła się wspólna uczta.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VIII. KORESPONDENCYE

Listy z Ameryki.

VI.

Chicago w Grudniu.

Na 45 Stanów północnej Ameryki, w trzech tylko od przybywającego lekarza — obcokrajowca — wymaga Urząd zdrowia bądź okazania dyplomu, bądź złożenia egzaminu, zanim mu udzieli upoważnienia na praktykę lekarską. Polaków najwięcej mogą obchodzić Stany: Pensylwania, New-York, Ohio, Minnessota i Illinois, gdyż tu najwięcej osiedliło się Polaków, Rusinów, Litwinów i Słowaków. W Stanach: Pensylwanii, New-Yorku i Minnessocie wymaganym jest koniecznie egzamin państwowy, od którego żaden dyplom nie uwalnia; w Marylandzie tylko miasto Baltimore wymaga złożenia egzaminu, na prowincyi otrzymuje się upoważnienie do praktyki za okazaniem jakiegokolwiek dyplomu, amerykańskiego lub europejskiego; tych samych przepisów trzymają się Stany: Illinois i Ohio. Stan Illinois uznaje tylko dyplomy czterech państw europejskich, mianowicie: austryackie, niemieckie, rosyjskie i szwajcarskie. Egzamin składa się tylko z głównych przedmiotów, do których zalicza się i higiena; histologia, bakteryologia, embryologia itd. nie są wymagane. W Stanach wyżej wymienionych można składać egzamin i w języku polskim lub niemieckim. Za prawo złożenia egzaminu płaci się 10—15 dolarów. Egzamin odbywa się piśmiennie. Samo przez się rozumie się, że przed złożeniem egzaminu praktykować nie wolno. W Stanach, które nie wymagają egzaminu, płaci się, przy podaniu o pozwolenie na praktykę, 5 dolarów wpisowego, przedkłada się formularz, podpisany przez dwóch osiadłych lekarzy, którzy poręczają, że proszącego znają jako zawodowego lekarza, człowieka prawego i moralnego; o te podpisy kłopotu niema, gdyż lekarze, bez względu na narodowość, nigdy ich nie odmawiają. Zdający egzamin w obcym języku płaci, prócz taksy, jeszcze 10 dolarów na tłómacza.

Wypada mi udzielić rady koleżeńskiej tym, którzy, po przeczytaniu tych moich listów, nie zrażając się, zamierzą się przesiedlić do Ameryki: bez zapasu pieniężnego na kilka miesięcy, dla opędzenia koniecznych potrzeb życia, nie należy opuszczać ojczyzny, gdyż początki jak zresztą wszędzie, wymagają nakładu, a dochodu prawie żadnego nie dają. Powtóre, po przybyciu do Ameryki, należy, przynajmniej jakiś czas, pozostać po nad partyami: wszystkie narody, zamieszkujące północną Amerykę, dzielą się na stronnictwa polityczne, religijne, społeczne, a łatwo każdy, znający nasz naród, odgadnie, że partyjność najwięcej rozwinięta między Polakami. Owoż jeśli przybyły lekarz, zanim stanie twardo na własnych nogach, zaciągnie się pod jaką chorągiew, stronnictwo przeciwne wytęży swe siły ku zwalczeniu jego zamiarów i wiele w istocie zaszkodzić może. Najsilniejszem i najwpływowszem stowarzyszeniem jest Związek narodowy polski, z którym, przy ustalaniu stanowiska, liczyć się należy. Dalej — należy liczyć się z tą okolicznością, że w Ameryce, może więcej niż gdzieindziej, trzeba zasłużyć i zarobić na powodzenie: usposobienie opryskliwe i niecierpliwość odstręczają klientelę; niemniej szkodzą lekarzowi powierzchowne traktowanie swego zawodu i zbytnie zamiłowanie w rozrywkach: uwaga ta oparta jest na doświadczeniu, gdyż mógłbym przytoczyć na poparcie mego twierdzenia nader rażące fakta. Wyznać jeszcze trzeba, że z pomiędzy napływowych lekarzy spotykają się czasem ludzie bez nauki i doświadczenia: n. p. zdarzyło się jednemu lekarzowi, że, wobec zatrzymania się miesiączki, z jakiejś przemijającej przyczyny, rozpoznał ciążę tam, gdzie była tylko otyłość; następnie łudząc siebie i pacyentkę, został wreszcie zawezwany do porodu. Na uwagę położnej, że tu nie będzie porodu, bo nie było zastąpienia, wezwał innego lekarza do pomocy i udecydowali posłać „rodzącą“ do szpitala, ażeby tam zakończono poród cięciem cesarskiem. Tu wreszcie wszystkim otworzono oczy. W innym przypadku ten sam lekarz „europejski“ został zawezwany przez tę samą położną do wyjęcia łożyska; nie poszedł jednak za wskazówkami doświadczonej kobiety, lecz utrzymywał, że w macicy pozostało drugie dziecko z porodu bliźniaczego i posłał rodzącą do szpitala dla dokończenia porodu; tu rozpoznano gnuśność przepełnionej krwią macicy, a po zastósowaniu metody Credego i wydaleniu łożyska i skrzepów, odesłano położnicę do domu. Oczywiście, taki lekarz nie może liczyć na

powodzenie. Pomimo jednak zdarzających się krzyczących błędów, europejscy lekarze zażywają jeszcze lepszej sławy, aniżeli amerykańscy, zwłaszcza między emigrantami. Tych, co zjednają sobie zasłużone imię, zowią tu „lekarzami europejskimi“, albo „starokrajskimi“; a w nazwie tej mieści się uznanie wyższości nad lekarzami miejscowymi, na co sumienną pracą zawodową staramy się zasłużyć.

Dr. W. Sieminowicz.

† Dr. Roman Jasiński.

Zaledwo ubiegł kwartał od śmierci nieodżałowanego Krysińskiego, nowa, niemniej dotkliwa, strata dosięgła ogół lekarzy warszawskich. Dnia 7 b. m. zakończył życie w Warszawie Roman Jasiński, głośnego imienia chirurg, płodny i wykwintny pisarz, popularyzator wiedzy lekarskiej, o ile wzięty lekarz, o tyle zapobiegliwy orędownik instytucyj humanitarnych, jeden z tych szermierzy swego pokolenia, którzy gorliwą pracą, podniosłością ducha i niezłomnością charakteru, uratowali ciągłość nauki swojskiej, a z nią złożyli świadectwo niespożytego ducha, wśród najcięższych warunków bytu.

Ś. p. Roman Jasiński urodził się r. 1853 w Warszawie, gdzie odbył nauki gimnazyalne i uniwersyteckie. Po ukończeniu wydziału lekarskiego w r. 1876, bezwłocznie został asystentem wydziałowej kliniki chirurgicznej. W celach dalszego kształcenia się bawił za granicą w głównych ogniskach nauki lekarskiej. W roku 1878 pełnił pół roku obowiązki ordynatora-chirurga w wojskowym szpitalu Mikołajowskim (podczas wojny wschodniej). W latach 1879—1881 był ordynatorem kliniki chirurgicznej w szpitalu Dzieciątka Jezus, oraz ordynatorem szpitala dla dzieci, nad rozwojem którego gorliwie pracował. Zmarły oddawał się z zapałem piśmiennictwu zawodowemu, bądź to jako redaktor „Pamiętnika Towarz. lekar. warszawskiego“, bądź też jako gorliwy członek redakcyi „Gazety lekarskiej“, na której łamach umieścił wielką liczbę cennych rozpraw, zwłaszcza z zakresu ortopedyczno chirurgicznego. Prac tych nalicza „Wykaz oryginalnych prac lekarskich“ — 27. Do dzieł większych rozmiarami należy „Dyagnostyka chirurgiczna“, ogłoszona przed trzema laty. Prace popularne umieszczał w dziennikach codziennych, lub wygłaszał je w odczytach.

Ś. p. Jasiński brał czynny udział w Zjazdach lekarzy polskich, skwapliwie zajmował się urzadzeniem wystaw higienicznych, pracował gorliwie nad rozwojem warszawskiego szpitala dla dzieci, przyłożył ręki do utworzenia Pogotowia ratunkowego; w obejściu dostępny i wyrozumiały, towarzysz poszukiwany dla zdrowego i szczerego humoru, był jednocześnie człowiekiem z sercem i z wysokiem poczuciem społecznem; to też każdy z nas czuje, że z pierwszych szeregów narodu ubył człowiek znaczący i że śmierć jego nie jest to strata tylko dla jednego miasta i jednego zawodu. Cześć pamięci zasłużonego.

Kwaśnicki.

X. II. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

4. Prof. Politzer demonstrował i objaśnił: „Anatomopatologiczne przyczynki do zaburzeń chorobowych zewnętrznej atyki“. Trudność nakreślenia prawidłowego obrazu atyki zewnętrznej spoczywa w rozlicznych odmianach załamków i fałdów tam znajdującej się błony śluzowej. U noworodków atyka jest wypełniona zarodkową poduszką błony śluzowej; wstążki, fałdy i ciałka szypułkowate u dorosłych pochodzą właśnie z tej poduszki i są jej szczątkami. P. zwraca uwagę na ważność opisanej przez siebie i „szczeliną atyki“ (Atukspalte) nazwanej szpary między zewnętrzną ścianą atyki, a górną ścianą zewn. przewodu usznego. Dalej roztrząsa P. miejscowe stosunki między błoną Shrapnella, a więzadłem zewnętrznem młotka. Aby stwierdzić związek między atyką a jamą bębenkową, odsłonił P. wewnętrzną ścianę błony bębenkowej, naciął błonę Shrapnella z zewnątrz i napełnił przewód zewnętrzny rtęcią. Przy lekkim ucisku rtęć spłynęła po wewnętrznej stronie błony bębenk. na dół różnemi drogami, wykazując przez to poszukiwany związek.

Ostre ropne zapalenie atyki zewnętrznej stwierdził P. klinicznie w kilku przypadkach: przewlekłe jego zapalenie z przedziurawieniem błony Shrapnella prowadzi do wybujałości, ścieśnienia i zmarnienia przestworów atyki, wytworzenia się ziarniny i uklejów, bujających przez błonę Shrapnella do ucha zewnętrznego, gdzie mogą przedstawiać pozór uklejów zewn. przewodu usznego.

Zapomocą innych preparatów wyjaśnia P. obecność żółciołojaków w atyce zewn., które uważa w większości przypadków za żółciołojaki wtargające się (Invasions-cholesteatome, t. j. takie, które powstały przez przeniesienie się przyskórka z ucha zewnętrznego do jamy bęb. Przyp. sprawozdawcy).

Inne znowu preparaty objaśniają próchnicze zniszczenie brzegu bębenkowego (margo tympanica).

Zachowawcze leczenie tej choroby polega na przepłókiwaniu zapomocą zakrzywionej kaniuli i wstrzykiwaniu roczynów wyskokowych, kw. borowego i innych. Częstą przyczynę uporczywości ropienia w atyce stanowi próchnica brzegu bębenkowego, który P. poleca wyskrobać. Dla ułatwienia operacyjnego odsłonięcia atyki zewn. w uporczywych ropieniach gnilnych poleca P. narzędzie własnego pomysłu. Na operacyę Stackego decyduje się P. dopiero wtedy, jeżeli zawroty, bóle głowy i inne groźne objawy wskazują na zastój ropy lub na żółciołojak w głębi. W celu zapobiegania nawrotom żółciołojaka, który, według przekonania P., pochodzi najczęściej z przyskórka górnej ściany zewn. przewodu usznego, doradza on wyciąć 3—4 mm. szeroki pasek skóry z najwewnętrzniejszej części tej ściany.

Między demonstrowanymi preparatami zasługują na szczególną wzmiankę te, które przedstawiają nowowytworzoną tkankę łączną w górnej części atyki i w przestworze Prussaka (między szyją młotka a błoną Shrapnella), jako skutek przewlekłego nieżytu ucha środkowego. W znacznej ich części widać zrośnięcie błony Shrapnella z szyją młotka, a zatem ścieśnienie i zmarnienie przestworu Prussaka.

Doc. Dr. Gomperz przedstawił chorego z obustronnem wypukleniem górnego odcinka tylnego błony bęb., jako ilustracyę typowej zmiany w napięciu tej błony, przy zamknięciu trąbki, które działa na podobieństwo klapy (ventilartig): prelegent omówił już to zboczenie na zjeździe przeszłorocznym (p. „Przegl. lek., 1896). I w tym przypadku znalazł się obustronny przerost błony śluzowej trąbki. Jak wiadomo, G. tłómaczy tę zmianę w ten sposób, że w takich przypadkach idzie o zatkanie trąbki Eustachiusza przez cząstkę śluzu lub napęczniałą błoną śluz., działającą na wzór klapy tak, że powietrze może wprawdzie przez trąbkę swobodnie dostać się do ucha, lecz nie odwrotnie.

II posiedzenie d. 28 czerwca 1897.

6. Dr. Spira (z Krakowa) „Kilka słów o zachowawczem leczeniu przewlekłego ropienia usznego“.

S. podnosi doniosłość leczenia zachowawczego tej choroby, szczególnie w praktyce prywatnej, pod względem materyalnym i społecznym, w przeciwieństwie do zbytniej gorliwości operacyjnego leczenia w zakładach publicznych. Trudność indywidualizowania i orzekania stanowczego w każdym poszczególnym przypadku, czy leczenie bez zabiegu operacyjnego doprowadzi do celu — lub nie, nakłada na lekarza obowiązek, niczego nie zaniechać w przypadkach, gdzie nie grozi bliskie niebezpieczeństwo, i spróbować wszystkiego, nim się ucieknie do noża. Prelegentowi powiodło się nieraz cierpliwem i wytrwałem czekaniem osiągnąć zupełne i stałe wyleczenie w przypadkach przewlekłego ropienia usznego. Nieraz on sam doradzał choremu poddanie się zabiegowi operacyjnemu; chory jednak odmówił i po dłuższem leczeniu zachowawczem wyzdrowiał. W tem postępowaniu stwierdził nieraz S. dobre skutki z zastósowania kseroformu, a tam, gdzie proszki są przeciwskazane, często własna jego metoda, podana w tym dzienniku jeszcze w roku 1892 i którą bliżej opisuje, oddała mu dobre usługi.

Urbantschitsch nie dzieli zdania S. co do skuteczności kseroformu i dałby pierwszeństwo airolowi. Gomperz nie radzi używać nierozpuszczalnych środków w przypadkach żółciołojaku i ropienia w atyce, lub jamie sutkowej.

Falta przemawia za leczeniem zachowawczem w każdym przypadku. Lecząc sprawę ropną w atyce, zauważył dobre wyniki

z tamponowania przez istniejące przedziurawienie, małymi kawałkami gazy chinolino-naftolowej Hanga.

Spira wyjaśnia, że kseroform niema tej wady, co inne proszki nierozpuszczalne, gdyż nigdy nie skupia się w suchą twardą masę, nie zasłania ropienia w głębi, nie pozostaje nigdy suchym, lecz owszem, przemaka zawsze wydzieliną i jest zawsze mokrym, dopóki wydzielina trwa; zastosowanie więc jego nie może sprowadzić fałszywego pozoru wyleczenia i nie grozi niebezpieczeństwem zatrzymania ropy. Natomiast środek ten wpływa korzystnie, bo wybitnie, ograniczająco na wydzielanie, działa wysuszająco i zasługuje na uwzględnienie obok kwasu borowego, wyskoku, azotanu srebrowego i innych środków, stosowanych w leczeniu tego cierpienia.

7. Urbantschitsch wyłożył rzecz: O zawrocie głowy i ruchach pozornych.

W ciągu ostatnich 2 lat przeprowadził U. szereg doświadczeń na osobach zdrowych i chorych na uszy. Osoby te miały się wpatrywać w tablicę, na której było narysowane koło z średnicą pionową i poziomą, oznaczone barwą czarną; inne zaś średnice w różnych kolorach przecinały 2 pierwsze pod rozmaitym kątem. Równocześnie wykonywał U. różne zabiegi w uszach tych osób, jak przestrzykiwanie, wdmuchiwanie, zgęszczanie lub rozrzedzanie powietrza i wszystko tak ostrożnie, by głowy nie poruszać. Pokazało się, że pod wpływem tych rękoczynów wydawało się osobom, patrzącym nieruchomo na tablicę, że raz jedna, to znowu inna linia, bądź zielona, bądź czerwona i t. d. była pionową. Kąt tych linij do czarnej, t. j. do rzeczywistej pionowej średnicy, czyli stopień nachylenia, wynosił 2—10°. U innych wystąpiły wachlarzowate ruchy tych linij, które się do siebie zbliżały, lub od siebie oddalały, albo też ruchy wahadłowe, drgawkowe, faliste, lub też średnice zdawały się załamanemi i t. p. Różne odmiany pojawiały się zależnie od tego, czy patrzano się obu oczami, czy też tylko jednem, albo drugiem okiem. Czasem przy wpatrywaniu się obu oczami nie było żadnych ruchów, a występowały one na lewo lub na prawo przy wpatrywaniu się lewem, lub prawem okiem.

Podobny szereg zjawisk wystąpił przy zadziałaniu na uszy tonów różnej wysokości. Pod ich wpływem wystąpiły również wahania osób użytych do doświadczeń, na prawo, na lewo, lub ruchy spadowe (Sturz-Bewegungen) ku przodowi, ku tyłowi, na jeden lub drugi bok i to przy postawie stojącej, z oczami zamkniętemi lub otwartemi. W pewnym szeregu doświadczeń wystąpiły ruchy wachlarzowate przy zadziałaniu tonów aż do pewnej wysokości, a przy wyższych tonach ruchy były tylko wahadłowe. Wpływ tonów na ruchy pozorne zmieniał się, jeżeli te osoby miały równocześnie przed oczami szkło różnych kolorów i różne były ruchy, gdy trzymały szkło przed jednem, drugiem, lub przed obu oczyma. Przy tych doświadczeniach unikał U. starannie poddawania (sugestyi). Wyniki były często u tych samych osób równe i stałe w różnych czasach, u innych osób były znowu zmiennymi.

Pollak tłómaczy te objawy przeniesieniem drażnienia ślimaka na narząd przedsionkowy; podrażnienie zaś przewodów półkolistych wywołuje, jak to Högyer wykazał, skurczenia pewnych mięśni ocznych, które znów mogą pociągnąć za sobą zboczenie osi ocznej, wystarczające do odchylenia w opisanem doświadczeniu średnicy pionowej na prawo i na lewo.

Hamerschlag sądzi, że utrzymanie równowagi jest wynikiem złożonej czynności różnych zmysłów, jak słuchu, wzroku, dotyku i czucia mięśniowego. Zaburzenia zatem w zakresie zmysłu mogłyby upośledzić tę złożoną czynność i sprowadzić podobne do opisanych objawy.

Spira mniema, że te wahania i ruchy pozorne należy pojmować, jako analogię do zaburzeń, występujących w pewnych zboczeniach wzroku. Znaną jest rzeczą, że u osób krótko- i dalekowidzących, występują, przy pewnych wysileniach wzroku, objawy t. zw. astenopijne, jak ból i zawrót głowy, nudności, łzawienie, skakanie liter, ich zlewanie się i zacieranie, podwójne widzenie i t. p. Wszystkie te przypadłości są następstwem zboczeń akomodacyi; jestto więc b. prawdopodobnem, że i zjawiska zaburzenia równowagi ze strony słuchu, opisane przez prelegenta, należy również odnieść do zaburzeń akomodacyjnych narządu słuchowego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

XI. **Wiadomości bieżące.**

Kraków 10 Marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. prof. Zarewicz przedstawił chorego z rzadkiem cierpieniem; kol. doc. Nowak miał odczyt: O jadach wężów i skorpionów i o ich działaniu na ustrój.

* Walne zgromadzenie krakowskiego Towarzystwa ratunkowego odbyło się dnia 6-go b. m. pod przewodnictwem wiceprezesa Doc. Bossowskiego. Po odczytaniu sprawozdania przez sekretarza Dra Śliwińskiego, przystąpiono do wyborów. W miejsce prof. Obalińskiego, który zrezygnował, wybrano przez aklamacyę prezesem prof. Wicherkiewicza, wiceprezesem Doc. Brauna, sekretarzem Dra Śliwińskiego, skarbnikiem Dra Buszka. Następnie zgromadzenie mianowało Doc. Bossowskiego członkiem honorowym, a na jego wniosek uchwaliło wystósować do prof. Obalińskiego adres uznania za 7-letnią gorliwą pracę, a nadto, na wniosek Dra Śliwińskiego, postanowiono w lokalu Towarzystwa zawiesić jego portret.

* Dziekan Wydziału lekarskiego w Krakowie ogłasza konkurs na posadę elewa przy klinice chorób dziecięcych. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego, do dnia 28 marca.

* Wiedeńskie dzienniki donoszą, że prof. Schenk swą pracę o dowolnem oznaczaniu płci u potomstwa, oddał już do druku; ma ona wyjść nakładem Schallehna i Wollbrücka w Wiedniu i Magdeburgu.

* Dr. Zygmunt Kramsztyk został mianowany naczelnym lekarzem szpitala starozakonnych w Warszawie.

* Jedyny oddział laryngologiczny na całą Warszawę, istniejący do tej pory w szpitalu św. Rocha, został zamieniony na chirurgiczny. Słusznie Gazeta lekarska dopatruje w tem zarządzeniu cofanie się, a nie postęp.

* Głośny niemiecki ortopedysta, Hessing, zapowiedział w kilku dziennikach swój przyjazd do Wiednia, oraz zamiar udzielania tam porady lekarskiej. Wiedeńska Izba lekarska wystosowała podanie do Rady miejskiej, wzywając ją do zakazania Hessingowi praktyki lekarskiej w Wiedniu.

* **Mianowani**: Dr. Roth mianowany został profesorem anatomii patologicznej w Bazylei. — Dr. Leon Popielski otrzymał posadę asystenta przy katedrze fizyologii w petersburgskiej Akademii wojenno-lekarskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Adam Bochenek, Ryszard Urbanik, Kazimierz Wilczek i Romuald Żurakowski.

* **Nekrologia**. Dr. Zygmunt Górnisiewicz, asystent profesora krakowskiej kliniki chirurgicznej, człowiek w zawodzie swoim głęboko wykształcony, o ile szlachetny, o tyle wrażliwy, uległ w walce z przeciwnościami, które, łamiąc ducha, zaćmiły mu cel i urok życia. Zeszedł nagle z tego świata w Krakowie. W Warszawie zmarli: Dr. Karol Kulesza w wieku lat 64 i Dr. Feliks Topolski w 38 roku życia. Dr. Wierzbicki Michał z Bukaresztu zmarł w Algierze. Dr. Grzybowski Piotr zmarł w Rosyi, w 49 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W „Gazecie Lekar.“ Nr. 10: Dra Ciechanowskiego St.: Badania wstępne do poszukiwań ilości antymonu w rozmaitych narządach ustroju w przypadkach otrucia. Dra Czajkowskiego J.: Przyczynek do rozpoznawania ogniskowych cierpień mózgu (ciąg dalszy). W „Zdrowiu“ (Z. 150): Zjazdy: w Madrycie i Poznaniu. Dra Biernackiego M.: Wodociągi lubelskie. Dra Buszka: Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za rok 1896. Dra Polaka J.: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych. Dra Tchórznickiego: Kąpiele ludowe. W „Nowinach lekarskich“ Nr. 3: Dra Chłapowskiego: Przypadek raka trzustkowego, oraz uwagi nad możliwością rozpoznania go. Dra Janowskiego Wł.: Parę uwag w kwestyi piśmiennictwa lekarskiego polskiego. Dra Oświecimskiego (Katowice): Amerykański zgłębnik maciczny. W „Krytyce lekarskiej“: Biernackiego E.: Nasz ogół lekarski i nasza prasa lekarska. Peszke J.: Wojciech Oczko, jako chirurg. Dydyńskiego i Gościckiego: Kilka uwag krytycznych z powodu trzech prac Dra E. Biernackiego. W „Medycynie“ Nr. 10: K. Zaleskiego: Kilka słów o wrzodzie dziurawiącym w przełyku. Prof. Dogiela: O wpływie muzyki i barw widma świetlnego na układ nerwowy człowieka i zwierząt.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 19. Marca 1898. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Dna (podagra) i jej leczenie w limanowych kąpielach odeskich.

Podał

Dr. F. Jachimowicz.

Jak wiadomo, dna (podagra) jest chorobą, cechującą się tem, że w ustroju ludzkim nieprawidłowo wytwarzają się i wydzielają sole kw. moczowego. Przyczyna tej nieprawidłowości nie jest nam znana. Autorowie, którzy tę chorobę badali i opisali, wskazują na takie czynniki przyczynowe, jak powstawanie dny w latach późniejszych życia, wybitny wpływ na nią prawa dziedziczności, wyraźny związek dny z życiem zbytkownem, szczególnie z nadmiernem odżywianiem się. W każdym razie dna rozwija się powoli, latami, jest chorobą wybitnie przewlekłą i dziedziczną.

W mojej lecznicy na limanie, w Odesie, bardzo często zdarza mi się leczyć chorych na dnę; nie trafiło mi się jednak nigdy spostrzegać jej w wieku dziecięcym; natomiast spotykałem ją u osób stosunkowo dość młodych, które nie miały jeszcze czasu zepsuć sobie zdrowia sybarytyzmem.

Co do dziedziczności dny, to tu pola niema do wątpliwości. Wszyscy prawie chorzy opowiadają, że w mniejszym lub większym stopniu cierpieli na nią ich rodzice, dziadkowie, lub też inni bliżsi krewni. Choroba ta, chociaż najczęściej bywa dziedziczną, może być także i nabytą, przez długi szereg lat niehigienicznego życia, szczególniej w kierunku sybarytyzmu. Rzadko chorują na dnę ludzie pracy, chociaż i oni nie są wolni od niej, jeśli choroba jest dziedziczną. Nie zdarzyło mi się widzieć chorych na dnę pomiędzy wieśniakami; ale ją spotykałem u żydów-handlarzy, których życie nie było jednak zbyt wygodnem. Dziedziczności w tych razach należy się domyślać, chociaż często trudno było ją stwierdzić. Częściej zapadają na dnę wojskowi i lekarze.

Doświadczenia wykonane (we Francyi) pouczają nas, że przy natężonej pracy umysłowej więcej się zużywa materyi organicznej, niżeli przy silnej pracy fizycznej; z tego należy wnosić, że na dnę powinni częściej chorować ludzie, których wygodne i spokojne życie nie wymaga ani natężonej pracy umysłowej, ani fizycznej. Faktycznie stwierdzono, że u takich chorych zachodzą zaburzenia w wytwarzaniu się i wydzielaniu soli moczowych w ustroju i odkładanie się ich w tkankach ciała, oraz pewne określone zmiany w moczu.

W ustroju zdrowym kwas moczowy powstaje we wszystkich tkankach ciała i we krwi. Prof. Horbaczewski (i inni) dowiódł, że kwas moczowy wytwarza się przy rozpadaniu się nukleiny, której znaczna ilość nagromadza się przy trawieniu żołądkowem (Verdauungs-leucocytose). Doświadczenia tych badaczy wykazały, że nie sam skład chemiczny spożywanych pokarmów, ale przeważnie ich ilość wpływa stanowczo na tę sprawę.

Kwas moczowy, a raczej jego sole, znajduje się w ustroju zdrowym w stanie zupełnie rozpuszczonym, w związku soli podwójnej dwumoczanu sodowego i fosforanów wapniowych. Zresztą sole podwójne zwykle są łatwo rozpuszczalne w wodzie. W dnie sole te ulegają zmianom. Z ich składu wydzielają się fosforany, przez co sole dwumoczanu sodowego lub wapniowego stają się nierozpuszczalne, lub trudno rozpuszczalne. Te często nagromadzają się w takiej ilości, że się odkładają w tkankach ciała. Czy w dnie wytwarza się więcej kwasu moczowego w ustroju, lub zachodzą tylko zmiany w jego solach prawidłowych, stanowczo rozstrzygnąć trudno.

Chociaż Noorden dowodzi, że w dnie kwas moczowy nie zwiększa się ilościowo w ustroju, a Pfeiffer utrzymuje, że ilość jego prawdopodobnie jest nawet zmniejszona, przynajmniej w początku choroby, obaj ci uczeni opierają swe zdanie na ilości kwasu moczowego, znalezionej przy rozbiorach moczu, względnie do dobowej jego ilości, lub proporcyonalnie do ilości znalezionego mocznika.

Z drugiej strony wiadomo, że złogi soli dwumoczanu sodowego lub wapniowego w tkankach ciała, tak zwane denniaki (tophi-arthritici), powstają tylko po powtarzanych kilka razy ostrych napadach. Złogi te (tophi) tworzą się, gdy się nagromadzi wielka ilość soli moczowych nierozpuszczalnych.

Najczęściej spotykamy je na muszlach usznych, w skórze i pod nią (Rys. I), w około stawów w więzadłach, a nawet w samych kościach, lub na nich. Zawsze jednak w okolicy stawów, nigdy na kościach długich.



Rys. I.

Dna, jak powiedzieliśmy jest chorobą dziedziczną i przewlekłą; rozwija się powoli; ostre napady przychodzą później, w przebiegu choroby już rozwiniętej.

Pfeiffer utrzymuje, że ostre te napady powstają wtedy, gdy się na miejscu jakiem nagromadzi znaczniejsza ilość kwasu moczowego. Zebranie się gdzieś w jednem miejscu znacznej ilości soli moczowych, może powstać albo przez nagromadzenie się ich w danem miejscu na nowo, albo gdy się rozpuszczają istniejące już w tych miejscach złogi. Dowody na to znajdujemy w doświadczeniu, że sól dwumoczanu sodowego, rozpuszczona w stosunku 0,004% i wstrzyknięta pod skórę, sprawia ból, zaczerwienienie i obrzęki miejscowe, trwające kilka dni. Wstrzyknięcie soli podwójnej, jeśli jej roczyn nie jest zanadto stężony, nie wywołuje zjawisk po-

dobnych. Kształt kryształów soli dwumoczanu sodowego i wapniowego, dobytych z masy białej, ze złogów (tophi) wyjętej, jest igiełkowaty (powiększenie 96). Przy znaczniejszem powiększeniu (320), widzimy, że igły te mają kształt pryzmatyczny (Fig. 2 i 3).



Rys. 2.



Rys. 3.

W moczu, zebranym podczas napadu ostrego, znajdujemy kwas moczowy w stanie rozpuszczonym. Odczyn moczu bywa silnie kwaśnym i utrzymuje się w moczu stojącym dość długo. Kryształy kwasu moczowego nie opadają. Świeżo oddany mocz bywa mętny; męty te zawierają śluz, komórki nabłonkowe, a także kryształy szczawianu wapniowego, zawsze w dość znacznej ilości, oraz fosforany wapniowe. Jak się zdaje, nagromadzony w nerkach kwas moczowy drażni je i powoduje stan nieżytowy przewodów. Być może, że węglany, które wszędzie spotykamy w ustroju, mogą wytwarzać takie przemiany chemiczne w tkankach, przy których wydziela się dwumoczan sodowy z połączeń rozpuszczalnych soli podwójnych.

Jakkolwiek to się dzieje, niezaprzeczonym jest faktem, że wydzielenie się w tkankach i odkładanie się złogów (tophi arthritici) następuje jedynie wtedy, gdy napady ostre powtórzyły się już kilka razy, coby mogło wskazywać na powiększenie się ilości kwasu moczowego w ustroju wogóle.

W lecznicy mojej na Limanie, corocznie mam do czynienia z dną (podagrą). Chorzy z bolącymi i sztywniejącymi stawami, których cierpienia nie mijają nawet przy życiu i zachowaniu się zupełnie odpowiedniem, zjeżdżają na Liman do naszych kąpieli szlamowych, szukając ulgi i istotnie odnoszą upragnione polepszenie. Okres cierpień ostrych rzadko można spostrzegać na Limanie. Zwykle mamy do czynienia z przewlekłą postacią choroby.

Napady ostre już same przez się są ciężkie dla chorego, będąc powodem dotkliwych cierpień; szkodliwość ich jest wielką z tego powodu, że pogarszają ogólny stan chorego, gdyż, jak to wyżej powiedziano, tylko po wielu ostrych napadach przychodzi do gromadzenia się soli moczowych w nadmiarze i powstają złogi (tophi-arthritici).

W wykazach mojej lecznicy na Limanie, prowadzonych już od lat 15, corocznie notowane są przypadki dny. Prawie w każdym z nich, jako ostateczny wynik leczenia, zaznaczono, że się stan polepszył; lecz ani razu niepowiedziano, że chory się wyleczył. Zrobię tu uwagę, że w gośccu przewlekłym, który daje nam bardzo znaczny odsetek chorych na Limanie, przebieg jest odmienny i tu zupełne wyleczenie jest możebne. Często stwierdzamy stawy sztywne, obrzękłe, stwardniałe i powykrzywiane, które w ciągu jednego sezonu, czasem jednak w dwa lub nawet trzy, odzyskują prawidłowy kształt i ruchomość; chorzy przestają odczuwać bóle tak, że możemy śmiało twierdzić, że są zupełnie wyleczeni. Tak doskonałych wyników nigdy nie osiągamy w dnie (podagrze).

Nowoczesne metody badania dały nam w ostatnich latach środki do dokładnego rozpoznawania istoty tej choroby i stopnia jej rozwinięcia nawet tam, gdzie wynik zwykłego zbadania jest mniej jasny i objawy mniej wyraźne. Ztąd też i stósowanie leczenia i wyniki osiągnięte bywają teraz więcej jednostajne i jasne dla nas, a wcale zadawalniające dla chorych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O stanach nieżytowych cewki moczowej u mężczyzn.

podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki.

Jak wiadomo, Riccordowi (1831) przypada zasługa rozdzielenia rzeżączki i kiły na dwie odrębne jednostki chorobowe. Sam jednak Riccord nie uważał rzeżączki za sprawę swoistą w tem pojęciu, by powód jej powstawania był zawsze ten sam; przeciwnie sądził on, że różne przyczyny mogą ją wywołać. Zapatrywania jego, co do odrębności rzeżączki, przyjęto powoli, a dalsze prace w tym kierunku miały na oku wyśledzenie swoistego zarazka rzeżączki. W r. 1879 opisał Neisser gonokoki, jako zarazek swoisty rzeżączki; przeszły i one swoją krytykę, a dziś chyba nikt już nie wątpi, że niema rzeżączki bez gonokoków. Od tej chwili datuje się pewien słuszny sceptycyzm w rozpoznawaniu rzeżączki. Jeżeli bowiem dotąd każdy wypływ z cewki uważano za rzeżączkę o mniejszem lub większem nasileniu, stósownie do objawów klinicznych, to odtąd, w miarę badań poszczególnych przypadków, zaczęto napotykać takie, gdzie w wydzielinie z cewki gonokoków nie było. Mowa tu jedynie o tych stanach, które wystąpiły od razu jako takie, nie będąc dalszym ciągiem rzeżączki ostrej, czyli jak powszechnie nazywają, rzeżączką przewlekłą. Zaczęły się jednem słowem mnożyć spostrzeżenia nieżytów cewki.

Znaną jest rzeczą z patologii ogólnej, że różne bodźce wywołać mogą w tym samym narządzie analogiczne obrazy chorobowe. Niema powodu do przypuszczenia, by błona śluzowa cewki stanowiła pod tym względem wyjątek, co do odporności na wpływy szkodliwe, jeżeli wyjątku tego nie stanowi żadna inna błona śluzowa. Błona śluzowa gardła, spojówki oka, przewodu pokarmowego, oskrzeli, popaść może w stan patologiczny pod wpływem bodźca mechanicznego, termicznego, chemicznego, wreszcie zakaźnego (drobnoustroje), który w miarę swego nasilenia lub swoistego działania, wywołuje stany chorobowe, różne od siebie zmianami anatomopatologicznemi i objawami klinicznymi. Błona śluzowa cewki moczowej wyściela kanał, który służy dla przejścia przezeń moczu i nasienia. Mocz o składzie prawidłowym nie stanowi zapewne bodźca mechanicznego dla cewki. Weźmy jednak pod uwagę mocz wysycony kryształkami kwasu moczowego, jak to ma miejsce w skazie moczanowej, lub przypadek długo się utrzymującej fosfaturyi, uwzględnijmy, że mocz taki przejdzie mniej więcej 200 razy w ciągu miesiąca przez cewkę, to dziwić nas nie będzie, że może on w tych warunkach przedstawiać powoli działający bodziec mechani-

czny, prowadzący do powstania lekkiego nieżytu cewki „goutte rhumatismale“ Francuzów. Miałem sposobność spostrzegać podobny przypadek, odnoszący się do pacyenta, który nigdy rzeżączki nie miał. Cierpiał na silną fosfaturyę i zostający prawdopodobnie z nią w związku nieżyt cewki, bo kiedy wszystkie zabiegi, stósowane miejscowo na błonę cewki, wyniku nie dawały, to przy zachowaniu odpowiedniej dyety, piciu wody karlsbadzkiej, przyczem fosfaturya zupełnie ustała (powstała w tym przypadku widocznie na tle zaburzeń żołądkowych), ustąpiły równocześnie objawy nieżytu cewki. Rozpatrując się w odnoszącej się tutaj literaturze, nierzadko spotykałem się z opisem nieżytów cewki bez gonokoków.

Jednym z pierwszych, który zwrócił na to uwagę i opisał kilka tu należących przypadków, był Bokhart [1]) i nazwał te stany „urethritis pseudogonorrhoica“. Spostrzegał on mianowicie, w ciągu 2 lat, w swej praktyce prywatnej, 15 przypadków tu należących. Wypływ śluzowy, śluzoworopny, występował w 2—3 dni po spółkowaniu, czas trwania cierpienia nie przenosił dni ośmiu. W wydzielinie znajdował liczne koki i prątki. Udało mu się nawet wyhodować i przeszczepić z wynikiem dodatnim koki, które znalazł w 4-ch z ogłoszonych 15 przypadków. Spostrzeżenia Bokharta zwróciły na siebie uwagę innych klinicystów. Wkrótce po nim ogłosił Welander podobne spostrzeżenia. Legrain i Legay [2]) opisali przypadek zapalenia ropnego cewki, powikłanego z zapaleniem przyjądrza. W ropie znaleźli i wyhodowali opisany przez Legaya „microcoque orangé de l'urèthre“. Hodowla wstrzyknięta do cewki żadnego odczynu nie wywołała. Josipovicz [3]) spostrzegał dwa przypadki nieżytu cewki. W wydzielinie znalazł tylko „bacterium colli commune“. Mimo ostrych objawów, wypływu ropnego, cała sprawa trwała dni dziesięć. Analogiczny przypadek opisał w roku 1893 Janet z kliniki Guyona.

Oberländer spostrzegał nieżyty cewki moczowej po nadużyciach płciowych coitus reservatus i nazywa te stany „urethritis ex irritatione“.

Fürbringer opisał nieżyty cewki, wywołane przez mocz amoniakalny; Ferria spostrzegał podobne stany po nadmiernej jeździe na bicyklu. Znaną wreszcie jest rzeczą, że wprowadzenie cewnika „à demeure“, wstrzykiwania środków drażniących wywołują przejściowe, ustępujące same przez się stany nieżytowe cewki. W rzadkich przypadkach „herpes progenitalis“, jeżeli wyrzut ten zajmie błonę śluzową cewki, sprowadza on równie jej nieżyt „urethritis herpetica“. Z tych kilkunastu przytoczonych spostrzeżeń okazuje się, że różne mogą być przyczyny, wywołujące nieżyty cewki.

Faitout [4]), chcąc uporządkować według etyologii nieżyty cewki, dzieli je na powstałe:

I. w przebiegu skaz ustrojowych i chorób zakaźnych	kiła, gruźlica, dna, zakażenie zimnicze, cukrzyca, dur, nagminne zapalenie gruczołu przyusznego.
II. w skutek używania pewnych	pokarmów i leków.
III. z przyczyn zewnętrznych	silne wzwody, samogwałt, spółkowanie podczas regularności, upławy białe, zbyt częste spółkowanie.

[1]) Bokhart. Ueber die pseudo-gonorrhoische Entzündung der Harnröhre und des Nebenhodens. Monatshefte für pract. Derm. 1886.
[2]) Archiv. für Derm. u. Syph. 1892, V. Z.
[3]) Centralblatt für Harn- u. Sexualorgane 1896, T. VIII. Z. 10.
[4]) Faitout. Des urétrites non gonococciens. Gazette des hopitaux 1896 Nr. 11.

Tarnowski i Finger zgadzają się na istnienie „urethritis syphilitica“ w okresie kiły wczesnej. Sam miałem równie sposobność spostrzegać dwa przypadki, w których, z wystąpieniem zmian ogólnego zakażenia kiłowego, pojawiły się objawy nieżytu cewki. Może powstawanie kłykcin w tych przypadkach, podobnie jak na innych błonach śluzowych, jest tego powodem. W przebiegu gruźlicy narządu moczopłciowego (jak przy zajęciu gruczołu krokowego, pęcherza i t. d.), pojawiają się lekkie nieżyty cewki moczowej. Prawdopodobnie zakażenia wtórorzędne, o jakie nie trudno w takich razach, mogą stanowić przyczynę tych nieżytów. Czy w przebiegu chorób zakaźnych: duru, nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego, zimnicy i t. d. pojawiają się nieżyty cewki, na podstawie własnych spostrzeżeń nie umiem odpowiedzieć; wspomina o nich w swoim podziale Faitout, a sposobność w tym kierunku nasuwa się częściej klinicyście. W dalszym ciągu nieprawidłowe składniki moczu, jak kryształki kwasu moczowego w nadmiarze, fosforany wapniowe, działające powoli, lecz przez długi czas jako urazy mechaniczne, mogą dać powód do nieżytu cewki; podobnie dzieje się przy kamicy pęcherza. Co do pokarmów i leków, to Faitout nadmienia, że nadmierne użycie, zwłaszcza u osobników do tego nieprzyzwyczajonych, znacznej ilości piwa, wina, wogóle napojów wyskokowych, może spowodować lekkie stany nieżytowe cewki, a z leków: jodek potasowy, nalewka kantarydowa i t. d.

Dalszy dział obejmuje przyczyny zewnętrzne, które w następstwie często powtarzających się przekrwień, mogą stanowić bodziec mechaniczny dla powstania lekkich nieżytów cewki. Takiemi są: samogwałt, nadużycia płciowe „coitus reservatus“ — stany, które Oberländer nazwał „urethritis ex irritatione“. W tych przypadkach podrażnienie błony śluzowej zajmuje zazwyczaj i odcinek jej tylny, z towarzyszącymi objawami podmiotowymi, jak, częsta potrzeba oddawania moczu i uczucie niemiłego ciążenia w kiszce odchodowej. Czynniki powyższe, sprowadzając bądź to długo trwające, bądź często powtarzające się przekrwienie błony śluzowej, powodują następowo prawdopodobnie nieżyt gruczołów cewki. Objawy zaś podrażnienia odcinka tylnego powstają w tych razach tem łatwiej, że w nim znajdują się ujścia przewodów nasiennych, wzgórek nasienny, gruczoł krokowy, — narządy, które biorą czynny udział podczas wzwodu prącia, względnie wytrysku nasienia, a wiadomo, że już lekkie przekrwienie części tylnej cewki wywołuje objawy jej podrażnienia, jak parcie na mocz itd. Wprowadzenie cewników i zgłębników, niedostatecznie wyjałowionych, spowodowuje równie nieżyt cewki; w wydzielinie, w ten sposób powstałej, znaleźli Bokhart i Wolf gronkowce, Castex — paciorkowce.

Ostatni wreszcie dział stanowi opisana przez Bokharta „urethritis pseudo-gonorrhoica“, przez Faitout „urethrites vénériennes“. Stany te powstają po spółkowaniu podczas miesiączki, lub z kobietą, cierpiącą na białe upławy, jako objaw zajęcia nieżytowego bądź to pochwy, bądź też szyjki lub samego trzonu macicy, jednak nie w następstwie rze-

żączki. Zazwyczaj na drugi lub trzeci dzień po spółkowaniu pojawia się z cewki skąpa śluzowa wydzielina. Ograniczając się tylko do badania drobnowidowego, łatwo można uważać ten stan za okres początkowy rzeżączki z wydzieliną śluzową. Badanie mikroskopowe zapobiega pomyłce, wykazując brak *gc**), wydzieliny śluzowej z mniejszą lub większą domieszką różnych prątków i koków.

Znaną jest rzeczą, że wydzieliny patologiczne (śluz, ropa) z kobiecych części rodnych przedstawiają zwykle bardzo bujną faunę drobnoustrojów. Nieinaczej zachowuje się i błona śluzowa cewki u mężczyzn. Galewski i Steinschneider znaleźli 14 odmian różnych diplokoków; podobne wyniki otrzymali Petit i Wassermann; Tano, badając strzępki z wydzielin śluzowych i ropnych z cewki moczowej u mężczyzn, znalazł 32 odmian różnych drobnoustrojów. Błona śluzowa cewki w stanie nieżytu przedstawia dobre podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, których ilość czasem jest tak znaczna, że stanowią niejako zawiesinę w skąpej wydzielinie śluzowej, przedstawiającą się makroskopowo jako ropa, a pod mikroskopem jakby hodowle różnych prątków i koków, z małą tylko domieszką ciałek ropnych i składników śluzu. Zdaje się, że niektóre z tych drobnoustrojów, dostając się z części rodnych kobiecych na błonę śluzową cewki mężczyzny, mogą mieć znaczenie patogeniczne. Bokhartowi udało się wyosobnić w jednym z podobnych przypadków koki, których przeszczepienie na błonę śluzową cewki dało wynik dodatni. Nieżyty cewki, o których dotąd mowa, stanowią tylko mały odsetek, a występując równie często jako cierpienie samoistne, lub tylko towarzysząc innej chorobie, zwracają na siebie tak dobrze uwagę klinicysty, jak syfilidologa. Pacyenci z samoistnymi nieżytami cewki rzadko tylko szukają porady w klinice lub szpitalu, bo nieznaczne cierpienie nie skłania ich do tego. Te zaś nieżyty, które są objawem tylko innego cierpienia, schodzą wobec niego na plan drugi.

(Dokończenie nastąpi).

III. O szóstym zmyśle.

Podał

Dr. Józef Zanietowski.

(Według odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarz. lekar. krakowskiego, dnia 30 czerwca 1897 r.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Przystępuję teraz do doświadczeń drugiej kategoryi, a mianowicie do doświadczeń nad głuchoniemymi. Doświadczenia te opiszę pokrótce, odsyłając ciekawych do *Archiwu Pflügera* (LI. S. 119) i do *Journal of otology* (1883). Każdemu z nas, który jeździł koleją, wiadomo, że na nagłym skręcie słupy telegraficzne wydają się nam jako skośnie ustawione drągi. Niektórzy badacze tłómaczą to zjawisko skombinowanem działaniem otolitów labiryntu i odruchów gałki ocznej, twierdząc, że podrażnienie otolitów i łuków wywołuje odruchowy obrót gałki ocznej; gdy głowę schylamy, gałka oczna obraca się w kierunku przeciwnym, czyli właściwie podczas ruchu głowy, gałki oczne pozostają zawieszone tak, jak lampy na statku, który się chwieje na falach.

Temby więc się tłómaczyło, że, gdy pociąg nagle zakreśli łuk, doznamy na mocy siły odśrodkowej wrażenia otolitowego i odruchowego skręcenia gałek, z powodu czego krzywemi wydadzą nam się wieże i drzewa, bo ich obraz nie padnie na średnicę pionową siatkówki.

Tem również tłómaczyłoby się, że, podczas huśtania się, możemy wymacać przez powiekę obrotowe drgnięcia gałki za każdą zmianą położenia.

Opisanych dopiero co objawów Kreidl nie stwierdził u głuchoniemych. Czyżby to nie przemawiało za związkiem, istniejącym między labiryntem a każdą zmianą położenia naszego ciała, lub przynajmniej naszej głowy? Chcąc jeszcze dokładniej stwierdzić swoje przypuszczenia, Kreidl przeprowadził na głuchoniemych szereg ciekawych doświadczeń w podobnym kierunku. Wiadomo, między innemi, że jeśli na karuzeli mamy nastawić wskazówkę zegara pionowo, nastawiamy ją zawsze krzywo; przyczyna tego faktu jest zupełnie identyczną z opisanym powyżej przypadkiem w wagonie. Również znanym jest fakt tak zwanego „galwanicznego“ zawrotu głowy, o którym niektórzy twierdzą, że człowiek, którego czaszkę elektryzujemy, oszukanym jest co do swego położenia i równowagi właściwie za pośrednictwem narządu labiryntowego.

Ponieważ Kreidl tych obu objawów nie znalazł u głuchoniemych, zatem niema nic dziwnego w tem, że obstaje przy swojem mniemaniu, iż narząd otolitowy służy po części do oceniania położenia, a po części do odbierania wrażeń obrotowych (*„Empfindung von Lage und Wahrnehmung von Drehungen“*). Pomimo całej precyzyi, z jaką te doświadczenia były wykonane i pomimo uznania z jakiem się spotykały, muszę jednak dodać zaraz na tem miejscu, aby nie być stronnym, że wielkim przeciwnikiem „teoryi obrotowej“ jest Cyon, który uważa istnienie takiego organu za rzecz niepotrzebną (*„Zwecklosigkeit eines Organes für Drehempfindungen“*), nie zaprzeczając jednak, iż między narządem labiryntowym, a ocenianiem przestrzeni i stosunku naszego do przestrzeni istnieje, jak to jeszcze raz podkreślimy niżej, pewien ścisły związek.

IV.

Jeżeli streścimy w końcu wszystko, cośmy dotąd powiedzieli o „szóstym zmyśle“, to dojść musimy do przekonania, że narząd słuchowy zwierząt niższych, a pewna część narządu słuchowego zwierząt wyższych, t. j. labirynt, nie muszą służyć do celów akustycznych, lecz raczej stoją w jakimś związku z położeniem i równowagą zwierzęcia. Gdy rzucimy okiem na prace naukowe, wydane w ostatnich latach w tym kierunku, a streszczone powyżej według pewnego przystępnego systemu, nie możemy nie przyznać, że w chaosie przeróżnych badań przecież przebija się pewna idea wspólna, dążąca do przyznania odrębnych zupełnie funkcyj kanałom półkulistym i słuchowym pęcherzykom. Idea ta, zagmatwana nieco różnorodnością szczegółów, rozmaitością metod badania i niezgodnością (czasem tylko pozorną) polecanych terminów naukowych, przedstawia się mimoto zwycięsko, wobec kilku wrogich teoryj, obstających za tem, że cały narząd słuchowy służy li tylko do wrażeń słuchowych, i że kanały półkuliste są narządem bądź to odczuwającym szmery, bądź też może rodzajem tłumika, przygłuszającego fale akustyczne. Każdy bezstronnie chyba przy-

---

*) Dla skrócenia przez *gc.* = gonokoki.

znać musi, że jeżeli co, to właśnie te dwa ostatnie przypuszczenia są bardziej sztuczne, niż którakolwiek z najbardziej teoretycznych hipotez, opartych bądź co bądź na doświadczeniach wiwisekcyjnych i klinicznych.

Nie miejsce tu ani czas na roztrząsanie krytyczne każdej hipotezy i każdego szeregu badań; dla przeciętnego lekarza jest w gruncie rzeczy rzeczą obojętną, czy „zmysł szósty“ nazwiemy zmysłem równowagi, czy zmysłem statycznym, czy inną jakąś ochrzcimy go nazwą; obojętnym jednak nie powinien być duchowy dorobek pokoleń i naukowy trud szeregu badaczy, starających się rozjaśnić coraz bardziej tę sprawę, ze wszechmiar ciekawą, zarówno dla teoryi jak i dla praktyki. A wyjaśnia się ona coraz bardziej, skoro nawet taki zapalony przeciwnik Macha, Ewalda i Kreidla jak Cyon, bijący na alarm przed fatalnymi skutkami „widma nowych zmysłów,“ w miejsce nazw zmysłu równowagi i zmysłu statycznego, podstawia nazwę „zmysłu, służącego do podmiotowej percepcyi idealnej przestrzeni“. Prawdziwie z jakimś dziwnym fatalizmem kręcą się te nazwy pokrewne koło wspólnej osi, a chyba niedalekiej już przyszłości będzie rzeczą ustalić nazwę narządu, tak wszechstronnie badanego, a tak różnorodnie ochrzczonego, że rzeczywiście dowcip o „kilkunastu zmysłach mieszkańców Marsa“, nie jest poniekąd pozbawionym trafnej racyi bytu. Naumyślnie też używałem ciągle powyżej nazwy „zmysłu szóstego“, aby nie narzucać czytelnikom żadnego wyrazownictwa, lecz bezstronnie przedstawić same fakta, które bądź co bądź, przekonywują nas o tym ogólnikowym pewniku, że od czynności opisywanego tu narządu, zależy nasze prawidłowe położenie w przestrzeni i ocena stosunku tego położenia do otoczenia.

Kończąc tych słów kilka, miło mi z jednej strony wynurzyć wdzięczność dla tych, którzy w Zakładach naukowych Wiedeńskich, otaczając każdy mój krok naukowy uprzejmem uznaniem i chętną pomocą, pozwolili się przypatrzyć interesującym doświadczeniom, przez nich wykonywanym, a z drugiej strony wyrazić życzenie, aby szerszy ogół kolegów, po krytycznem przetrząśnięciu w pamięci opisanych tu faktów, niejednem może własnem spostrzeżeniem przyczynił się do prędszego, ostatecznego rozstrzygnięcia tej ciekawej, a dla nauki teoretycznej nie mało doniosłej sprawy.

Literatura.

1) Flourens. (Recherches expérimentales Paris) 1824.
2) Menière. (Acad. de Med. Paris Comptes-rendus.) 1861.
3) Hillaret. (Soc. de biologie. Paris Comptes-rendus.) 1861.
4) Brown-Séquard. (Course of lectures. Philadelphia) 1860
5) Manilin. (znane z referatu). 1866.
6) Boettcher. (z referatu). 1869
7) Moon. (z referatu). 1870.
8) Goltz. (Pflügers Arch. III. S. 172). 1870.
9) Breuer. (Med. Jahrb. 1874. S. 44). 1874.
10) Mach. (Sitzungsber. der Ak. d. Wiss. Wien. LXIX). 1874.
*11) Tomaszewicz. (Inaugur. Dissert. Zürich). 1877.
*12) Kiesselbach. (Arch. d. Ohrenheilk.). 1882.
13) Bechterew. (Pflüg. Arch. XXX. S. 312). 1883.
14) James. (Journ. of. Otology Havr. Amer.). 1883.
*15) Steiner. (Comptes-rendus). 1887.
16) Delage. (Comptes-rendus. CIII.). 1887.
17) Engelmann. (Zoolog Anzeiger. Nr. 258). 1887.
18) Loeb. (Würzburger Sitzungsber.). 1888.
19) Breuer. (Pflüg. Arch. XLVIII.). 1890.
20) Ewald. (Über das Endorgan d. Nerv. Octav.) Wiesbaden. 1891
21) Schiff. (Arch. des sciences phys. et nat.) 1891
*22) Schaefer. (Naturwiss. Wochenschrift). 1891.
23) Lee (Centrbl. für Physiol. VI. 17). 1892.
24) Kreidl. (Sitzber. d. Akad. d. Wiss. Wien. Cl. III.) 1892.
25) Bonnier. („Vertige“. Paris) 1893.
26) Kreidl. (Sitzber. d. Akad. d. Wiss. Wien. CII.) 1893.
27) Bonnier. („l'Oreille“. Paris). 1896.
28) Laskowski. (Now. lekarskie. IX. 2.) 1897.
29) Cherchewski. (Fac. de Med. de Paris. Thèse). 1897.
30) Cyon (Arch. f. Physiol $^1/_4$ s. 29.) 1897.

Uwaga. W spisie powyższym podano tylko ogólnikowe tytuły zbiorowych publikacyj i rok wydania, aby uniknąć wyliczania poszczególnych tytułów (nieraz bardzo długich) każdej monografii; zaoszczędzi to dużo miejsca, a dla ciekawych będzie wskazówką zupełnie wystarczającą.

Gwiazdką oznaczono przeciwników teoryi o istnieniu odrębnego zmysłu równowagi.

IV. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek dzieciobójstwa

podał

Dr. Włodzimierz Sieradzki,

asystent zakładu.

(Ciąg dalszy).

Na osobie obwinionej przedsięwzięto dwukrotnie oględziny sądowo-lekarskie; pierwszy raz na trzeci dzień po porodzie i wtedy spisano następujący

Wywód oględzin:

1) Badana podaje, jak w protokole przesłuchania.

2) Badana jest osobą wzrostu średniego, dobrej budowy i odżywienia. Ciepłota ciała 37,2° C., tętno 90, pełne, regularne. Język wilgotny, lekko obłożony. Nie doznaje żadnych dolegliwości, jest swobodną, często rumieni się i blednie.

3) Oba sutki dobrze rozwinięte, na szerokiej podstawie osadzone; brodawki lekko wystające, stożkowate, obwódki ciemniej niż porost włosów zabarwione, na nich widoczne wybitnie gruczoły Montgomeryego. Sam gruczoł piersiowy dobrze rozwinięty, za uciskiem występują z otworów brodawki liczne krople treści białawej.

4) Brzuch ponad pępkiem płaski, poniżej pępka lekko wzdęty, linia środkowa brzucha wybitnie zabarwiona tak powyżej jak poniżej pępka. Powłoki brzuszne dość wiotkie, okazują liczne drobne powierzchowne blizenki, po większej części barwy lśniąco białej, w mniejszej ilości różowo-zabarwione.

5) Przy obmacaniu brzucha wyczuwa się, na 3 palce poniżej pępka, ciało dość twarde, o powierzchni gładkiej, ku dołowi się zwężające i kryjące się pod spojeniem łonowem, odpowiadające zatem powiększonej macicy.

6) Części płciowe zewnętrzne nieco obrzękłe, w okolicy ujścia pochwy krwią powalane, która też w skąpej ilości znajduje się na czopku waty, wsuniętym luźnie pomiędzy uda. Błona śluzowa przedsionka rozpulchniona, żywo czerwona, okazuje kilka świeżych otarć. Wędzidełko utrzymane, z błony dziewiczej wiszą strzępy, gdzieniegdzie na brzegach broczące.

7) Badania wewnętrznego części rodnych nie przedsięwzięto, a to z powodu, że w obecnym stanie badanej mogłoby być ono dla zdrowia jej niebezpiecznem.

8) Okazana szpitalna historya choroby nie podaje nic więcej ponad dzisiejszy wynik badania.

Orzeczenie:

1) Wynik badania stwierdza własne podanie badanej, oraz doniesienie, iż badana urodziła dziecię i to przed niedawnym, najwięcej kilka dni wynoszącym przeciągiem czasu.

2) Badana podaje, że obecnie rodziła poraz drugi a podaniu temu nie tylko nic się nie sprzeciwia, lecz owszem, za tem przemawia obecność na brzuchu blizn dawniejszych (białych), obok świeżych (różowych).

3) Sprawę, czy badana, jak to sama podaje, mogła odbyć tak zw. poród uliczny (partus praecipitatus, Sturzgeburt), rozstrzygnąć będzie można po dokładnem oznaczeniu pomiarów miednicy. Pomiary te można oznaczyć przy badaniu wewnętrznem części rodnych, które, wedle zasad nauki nie powinno być przedsięwziętem przed upływem 10—12 dni po porodzie. Do tego więc czasu wstrzymać się musimy ze stanowczem orzeczeniem co do tego punktu.

Stósownie do zastrzeżenia w powyższem orzeczeniu odbyły się w dziesięć dni później drugie oględziny oskarżonej, które wykazały co następuje:

1) Badana nie gorączkuje, tętno pełne, regularne, nieprzyśpieszone.

2) Macica zewnętrznie nie daje się już wyczuć; przy badaniu wewnętrznem wyczuwa się, w przedniem sklepieniu pochwy, nieco powiększone i ruchome ciało macicy. Część pochwowa na falangę długa, zbitości prawidłowej, ujście zewnętrzne dla końca palca drożne, szyjka ku górze się zwęża. Na brzegach ujścia wyczuwa się liczne wręby. Palec wyjęty z pochwy pokryty wydzieliną skąpą, białawą, dość cuchnącą.

3) Pojedyncze wymiary miednicy wynoszą:

a) odległość obu kolców biodrowych (distantio spinalis) = 22 ctm.

b) największa odległość obu grzebieni biodrowych (distantio cristalis) = 27 ctm.

c) odległość obu guzów kości udowych (dist. trochanterica) = 31 ctm.

d) odległość od wzgórka kości krzyżowej (promontorium) do dolnego brzegu spojenia łonowego (conjugata diagonalis) = 13 ctm.

e) odległość od dołka, znajdującego się poniżej wyrostka kolczastego ostatniego kręgu lędźwiowego, do górnego brzegu spojenia łonowego (conjugata externa) = 20 ctm.

Po zbadaniu wydano następujące

Orzeczenie:

1) Z dzisiejszego badania wynika, iż badana przebyła już, w sposób zupełnie prawidłowy, pierwszy okres połogu.

2) Wymiary jej miednicy, przedewszystkiem wymiary zwane *conjugata diagonalis* i *externa* okazują się zupełnie prawidłowe, wobec czego, przy uwzględnieniu wymiarów główki dziecka, urodzonego przez badaną, nie można zaprzeczyć, iż poród odbywał się prawidłowo, łatwo, a nawet, że ostatni jego okres, t. j. ekspulsya płodu, mógł się odbyć bardzo szybko.

Wśród tego komisya sądowo-lekarska przeprowadziła także oględziny miejsca czynu, gdzie spisała następujący

Protokół:

Komisya, przybywszy na miejsce po przybraniu dwóch niżej podpisanych świadków sądowych, udała się do mieszkania p. p. E.

Z korytarzyka [1]), znajdującego się tuż przy wyjściu ze schodów, prowadzi dwoje drzwi, jedne do mieszkania, drugie do małej sionki, w głębi której znajdują się dwie komórki wychodkowe, z których jedna, t. j. lewa, używaną bywa przez służbę i gdzie, według podania Ludwiki S., urodzić ona miała dziecię w nocy krytycznej.

Otwór stolcowy zewn. tego wychodka wynosi w średnicy 26 ctm., poniżej muszla się nieco zakrzywia i zwęża tak, że średnica przewodu, prowadzącego do głównej rury spustowej w miejscu, do którego jeszcze ręką sięgnąć można, wynosi $17\frac{1}{2}$ ctm. [2]).

[1]) Do aktów dołączony był plan sytuacyjny.
[2]) Wyrysowane na planie w przekroju podłużnym.

Na denku, służącem do przykrycia otworu stolcowego, na samej desce stolcowej, dalej na ścianie tylnej i ścianie bocznej lewej, t. j. bliższej mieszkania, zauważyć się dają liczne plamy, jakby od krwi pochodzące. Plamy te mają przeważnie kształt rozbryzganych kropli, szczególniej zaś plamy, znajdujące się na ścianie bocznej lewej, popod umieszczonemi tamże dwoma pułeczkami, okazują kształt stożków, których szczyt zwrócony ku górze, podstawa zaś łukowato wygięta, zwrócona swą wypukłością ku dołowi.

Kilka z tych plam nożem odskrobano, celem późniejszego zbadania.

Na podłodze wychodka, jak również w sionce i w kurytarzyku, nie zauważono żadnych plam krwi, chociaż, według podania obecnych, nie myto po nocy krytycznej tych miejsc z polecenia samych p. p. E.

Odległość od drzwi wychodka dla służby do drzwi z sionki do kurytarzyka wynosi 4 kroki, ztąd do drzwi przedpokoju 6 kroków. W przedpokoju, którego szerokość na skos mierzona od drzwi zewnętrznych do drzwi wiodących do kuchni, wynosi 4 kroki, miały, wedle podania obecnych, znajdować się dwie duże łachy krwi w miejscach, naznaczonych na planie czerwonymi kółkami; obecnie plam tych niema, gdyż je zmyto. W głębi przedpokoju znajduje się szafa i kufer z rzeczami Ludwiki S. W kuchni oprócz innych zwyczajnych sprzętów znajdują się dwa łóżka; na jednem z nich, mianowicie na stojącem bliżej drzwi, sypiała Ludwika S. Na podłodze kuchni nie zauważono żadnych śladów krwi; miało ich również nie być nazajutrz po krytycznej nocy.

Stwierdziwszy, co wyżej podano, udała się komisya na dół, by zbadać przebieg rury spustowej i sam kanał. Rura spustowa biegnie zupełnie prosto przez całą wysokość gmachu, aż do kanału. Kanał domu tego jest spławny, posiada kilka zakratowanych otworów, bliższych jednak szczegółów, mianowicie co do dna i ilości treści, zbadać nie można.

Na tem zakończono oględziny miejsca.

Zeskrobane ślady, z krwi wrzekomo pochodzące, w szczególności znajdujące się na denku i ścianie bocznej kloaki pod pułeczkami, poddano badaniu mikrochemicznemu w sposób przepisany i otrzymano z nich wyraźne, tak zw. kryształy heminy, czyli Teichmanna, ztąd można je z całą stanowczością uważać za plamy pochodzące z krwi.

W śledztwie przesłuchano, obok służbodawczyni obwinionej i domowników, także kanalarzy, którzy zwłoki dziecka znaleźli i wydobyli.

Z zeznań pierwszych okazało się, że Ludwika S., podczas dnia, poprzedzającego krytyczną noc, spełniała jak zwykle swe obowiązki, nie żaliła się na żadne dolegliwości, tylko nieco wcześniej uporała się ze swą wieczorną robotą. Nie położyła się jednak spać równocześnie ze swą towarzyszką, kucharką, lecz krzątała się po kuchni. Gdy kucharka przebudziła się mniej więcej po półgodzinnym śnie, ujrzała Ludwikę S. siedzącą na krześle przy łóżku z głową opartą o poduszki, a przy tem jęczącą, jakby z bólu. Na zapytanie, co jej jest, odpowiedziała, że ją zęby bolą. Gdy kucharka poraz drugi się przebudziła, zobaczyła w sąsiednim przedpokoju światło i Ludwikę zajętą jakby przekładaniem rzeczy w swoim kufrze. Rano Ludwika obudziła kucharkę do roboty, sama jednak nie wstała, twierdząc, że ją boli głowa i prosiła przybyłej właśnie praczki o wyręczenie w robocie. Służbodawczyni zastała ją rano w łóżku, powleczonem świeżą bielizną, samą odzianą również w czystą bieliznę. Na pytania odpowiadała stale, że ją głowa boli i nikt w domu nie domyślał się całego zajścia aż dopiero, gdy przybyła komisya policyjna. Że Ludwika była w ciąży, domyślała się jej służbodawczyni, jednak nie wiedziała w jakim okresie, gdyż Ludwika bardzo zgrabnie, stósownem ubraniem, stan swój ukrywała tak, że kucharka, wciąż z nią od kilku miesięcy przebywająca, wcale nie podejrzywała u niej ciąży. Po przedstawieniu powyższych zeznań przyznała obwiniona, iż rzeczywiście po takcie wiedziała o odbytym porodzie, że się

z tem na razie taiła ze wstydu, jednak sama chciała później zawiadomić o wszystkiem swą służbodawczynię: czas ciąży po dokładniejszem, jak twierdzi, obliczeniu, podaje obecnie wyżej niż poprzednio, jednak stanowczo obstaje przy tem, iż nie spodziewała się porodu, nie wiedziała, że go odbywa, że tylko krytycznej nocy cierpiała ból zębów, a udała się do wychodka z powodu silnego parcia na stolec.

Ważnemi okazały się zeznania kanalarzy. Znaleźli oni dziecię w kanale, leżące na treści kanałowej, dość gęstej, która, w warstwie wysokiej do kolan dorosłego mężczyzny, pokrywała ciosowe dno kanału. Dziecię spoczywało na prawym boku nieco w kał wciśnięte, zwłaszcza twarzą i prawą połową główki. Kanalarze twierdzą stanowczo, iż dziecię nie mogło rozbić sobie główki przy wpadnięciu do kanału, a to z powodu, iż kał był zbyt gęsty, by dziecię ciężarem swym mogło go przebić i dosięgnąć dna kanału. Na podstawie aktów śledczych, których treść w krótkości wyżej podałem, sędzia śledczy zażądał od nas końcowego orzeczenia.

Zanim je podam w całem swem brzmieniu, zdam sprawę z doświadczeń, które wykonaliśmy, w celu wyjaśnienia jednego punktu w całej sprawie: chodziło tu mianowicie o zbadanie, czy słusznem jest owo twierdzenie kanalarzy, według którego dziecię nie mogło sobie rozbić główki przy upadku do kanału, ponieważ, z powodu gęstości jego treści, nie mogło dosięgnąć dna kanału. Gdy bowiem oględziny miejsca wykazały, iż wśród spadania dziecka przez prostą i gładką rurę spustową, tego rodzaju obrażenia głowy nie mogły żadną miarą powstać, nasuwaćby się samo przez się musiało przypuszczenie, iż obwiniona dziecię swe przedtem usiłowała pozbawić życia przez uderzenie jego główką, n. p. o ścianę, a następnie jeszcze żywe wrzuciła do kanału. Przypuszczenia tego, wielce obciążającego winę, a przeciwnego podaniom obwinionej, nie można było obalić gołosłownem zaprzeczeniem twierdzeniu kanalarzy, gdyż takie zaprzeczenie, a względnie ogólnikowe, zupełnie teoretyczne zaznaczenie możliwości powstania tych obrażeń główki w samym kanale, wobec stanowczych, a przeciwnych twierdzeń kanalarzy, nie znalazłoby wiary ani u prokuratora ani u sędziów przysięgłych.

Doświadczenia nasze polegały na zrzucaniu, a raczej zupełnie wolnem puszczaniu zwłok noworodków główką na dół z wysokości II-go i III-go piętra, najpierw na kamienną posadzkę, a następnie do paki dość obszernej, której dno wyłożono płytami kamiennemi, samą zaś pakę wypełniono do wysokości kolan dorosłego mężczyzny kałem, wziętym z kanału, o tyle gęstym, iż zwłoki dziecka, nań położone, nie tonęły, tylko się na powierzchni utrzymywały. Doświadczeń tych dokonaliśmy cały szereg, a z kilku z nich pomieściliśmy sprawozdanie w poniższem orzeczeniu. Wykazały one z całą pewnością, iż nawet tego rodzaju liczne złamania tak sklepienia jak i podstawy czaszki, jakie stwierdzono u dziecka obwinionej, mogły powstać przez samo uderzenie główki dziecka o powierzchnię kału, przy upadnięciu z tak znacznej wysokości, mimo, iż ciało dziecka warstwy kału nie przebiło i nie dosięgło dna kanału.

Że zaś rzecz sama nie jest tak prosta, jak się na pozór wydaje i że bez doświadczeń nie można było z góry tego twierdzić z całą stanowczością, poucza jedno z tych doświadczeń, mianowicie to, w którem zwłoki noworodka donoszonego, 51 ctm. długie, 3200 grm. ciężkie, upuszczone z wysokości II piętra do owej paki z kałem, częściowo się tylko w kale zanurzyły, nie dosięgły jednak dna paki, a sekcya nie wykazała najmniejszych obrażeń czaszki. Stąd wysnuwa się naturalny wniosek drugi, że w pewnych warunkach, których nie da się określić, przy upadku noworodków, nawet ze znacznej wysokości, na powierzchnię kału, można nie znaleźć następnie żadnych obrażeń czaszki, że zatem brak takich obrażeń nie może wykluczyć spadnięcia dziecka ze znacznej wysokości do kanału, jeżeli treść w nim jest odpowiednio gęsta. Łatwo zrozumieć, że i ten drugi wniosek może znaleźć swe zastósowanie praktyczne, a mianowicie w tych razach, w których podanie obwinionej matki, iż rodziła nad otworem wychodka n. p. II-go piętra, wydawałoby się nieprawdopodobnem dla sędziów z tego powodu, iż dziecko, znalezione w kanale, nieokazywało żadnych obrażeń. I w jednym i w drugim przypadku wnioski znawcy, polegające na tych doświadczeniach, mogą być zgodne z prawdziwym stanem rzeczy; w każdym zaś razie, wśród wątpliwości, wypadną na korzyść obwinionej. Wobec zaś bardzo częstych przypadków znalezienia zwłok noworodków w kanale, zwłaszcza w większych miastach, nie wątpię, iż niejednokrotnie podobne zagadnienia się nasuną.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Oceny i sprawozdania.

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten herausgegeben von Prof. Dr. F. Penzoldt und Prof. Dr. R. Stintzing. Verlag G. Fischer. Jena. Zweite Auflage.

Ukazało się w druku dalszych 5 zeszytów tego ze wszech miar godnego polecenia podręcznika, który, jak to już poprzednio zaznaczyliśmy, jest pracą zbiorową najwięcej znanych powag niemieckich w zakresie medycyny wewnętrznej. Pomiędzy innymi zamieścili tu swoje prace Jürgensen, Kiesselbach, Angerer, Bürkner, Husemann, Moeli, Penzoldt, Stintzing, Schede, Schmid i wielu innych. Podobnie jak w pierwszych zeszytach przedstawili i tu autorowie cały szereg bardzo cennych i samodzielnych spostrzeżeń klinicznych. Na szczególniejszą uwagę zasługuje rozdział o leczeniu pneumatycznem i inhalacyjnem chorób narządu oddechowego, napisany przez A. Schmida z Reichenhall treściwie, wyczerpująco a zarazem przedstawiający krytycznie wszystko to, co dotąd na tem polu uczyniono.

Razem wyszło dotąd zeszytów 8. Składają się one na 1-szy i 2-gi tom całego dzieła i obejmują leczenie chorób narządu oddechowego, otruć, krwi i przemiany materyi.

Dr. Z. W.

Dr. A. Steuer: **Die häufigsten Ohrenerkrankungen im Bilde.** (Nr. 41—46 der Medicinischen Bibliothek für praktische Aerzte. Verlag C. G. Naumann w Lipsku).

„Das vorliegende Bändchen ist kein Compendium der Ohrenheilkunde u. will kein Lehrbuch ersetzen. Es hat nur den Zweck, durch Darstellung der Haupttypen der Erkrankungen des Gehörorganes u. zwar der Trommelfellbilder in 3—4 facher Vergrösserung, die Aufmerksamkeit auf die ungemein mannigfaltigen Bilder der einzelnen Affectionen zu lenken u. einen kleinen diagnostischen Behelf beim Studium der Otiatrik u. namentlich beim Beginne desselben zu liefern“. Te słowa, wypowiedziane w przedmowie, najlepiej określają cel i zamiary autora. W rzeczy samej nadaje się ta książka znakomicie, jako wstęp do otyatryi, dla ułatwienia początkującym zapoznania się z tą gałęzią medycyny. Wychodząc z tego elementarnego założenia, naraża się autor na zarzut, że w wielu rzeczach zapuścił się nazbyt w szcze-

góły, a natomiast inne części traktuje znów zanadto powierzchownie. Tak n. p. początkujący nie nabędzie dokładnego wyobrażenia i nie odniesie żadnej korzyści z tych opisów różnych źródeł światła, sposobów badania, kateteryzowania, wziernikowania tylnych przewodów nosowych i t. p. szczegółów, należących do zakresu podręcznika, którego autor przecież pisać nie zamierzał. Przez uwzględnienie tylko przystępniejszych i pospolitszych sposobów badania i opuszczenie zupełne więcej zawiłych i trudniejszych metod, wymagających dłuższej wprawy, dziełko to może stać się w przyszłych wydaniach o wiele użyteczniejszem i więcej celowi odpowiadającem.

Metody prób słuchowych są wprawdzie bardzo dobrze przedstawione; żeby jednak były zrozumiałe należało poprzedzić je choć główniejszemi zasadami fizyologii słuchu, mianowicie narządów przewodzacego i pojmującego głos, oraz tłómaczeniem znaczenia ich czynności. Dalej najważniejszą częścią narządu przewodzącego głos nie są kostki słuchowe (str. 26), lecz okienka błędnikowe, jak to kliniczne spostrzeżenia niezbicie pouczają. Reakcya elektryczna n. słuchowego nie jest podana przez Bremera (str. 27), lecz przez Brennera. Prawdopodobnie zachodzi tu błąd drukarski, podobnie jak na innem miejscu (str. 52) znajdujemy „Inspections krankheiten“ zamiast „Infectionskrankheiten“. Podzielenie chorób zapalnych ucha środk. według Politzera nie jest, naszem zdaniem, stósowne dla początkujących.

Główną wartość tej książki stanowią dołączone rysunki kolorowane, które są wprawdzie zbyt jaskrawe i przez to za mało prawdziwe, jednak przychodzą wyobrażeniu w pomoc, unaoczniając najważniejsze zmiany chorobowe ucha środkowego i zewnętrznego. Obrazy pochodzą z przypadków, leczonych na oddziale chorób usznych Dra J. Haasa, lekarza pułkowego w szpitalu garnizonowym w Krakowie.

Jako poradnik rozpoznawczy, ułatwiający początkującym rozpoznanie i zrozumienie zmian na błonie bębenkowej, jest to dzieło jedyne w swoim rodzaju, przyczyni się bardzo do rozszerzenia tej nauki w szerszem kole lekarzy, i przez to zasługuje na rozpowszechnienie. Nie wątpimy też, że zyska sobie dużo zwolenników i odrodzi się niejednokrotnie w nowych wydaniach, tem więcej, że cenę, ze względu na koszta rysunków i ozdobnego wydania, należy uważać za nizką (3 M.). *Spira.*

VI. **Wyciągi.**

M. Rabot: **Wyjęcie tubusa O'Dweyera.** *(Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, styczeń 1898). Francuskich pedyatrów, którzy po dokonanej intubacyi usuwają zawsze nitkę, zajmuje żywo sprawa najłatwiejszego, najmniej krtań obrażającego postępowania, przy wyjęciu tubusa. Celem ominięcia wyjęcia z pomocą przyrządów (ekstubatora) podano niedawno tak zw. wygniatanie (l'enucleation); obecnie podaje R. nowy sposób wyjęcia tubusa bez użycia narzędzi. Chcąc wydobyć tubus, zapomocą tego nowego sposobu, układa się dziecko poziomo, z głową trochę zwieszoną na kolanach osoby posługującej; operator staje po stronie prawej dziecka i dwoma palcami ręki prawej, wypycha (nie gniotąc wcale) całą krtań ku górze, a to w tym celu, aby ją, a tem samem i główkę tubusa zbliżyć do wskaziciela ręki lewej, który równocześnie wprowadza się do jamy gardlanej. Palec ten, napotkawszy główkę tubusa, wyważa ją i odpowiednim ruchem, przyciskając lekko do korzenia języka, wyprowadza tubus do jamy ustnej, zkąd łatwo może być wyjęty. Zdaniem R. wszystkie zarzuty, podniesione przeciw wygniataniu, upadają wobec jego sposobu. *Doc. Raczyński.*

A. v. Chamisso de Boncourt: **Wole u podstawy języka.** *(Beitr. z. klin. Chir.*, T. XIX. Z. 2). Od lat paru zaledwie wiemy z całą pewnością, że w podstawie języka, w okolicy tak zw. otworu ślepego, może się rozrastać guz, o utkaniu gruczołu tarczykowego. Niewątpliwie cierpienie to, stare jak ludzkość, uchodziło jednak uwagi lekarzy, lub było fałszywie rozpoznawane. Dopiero badanie mikroskopowe wykazało całą prawdę, i dziś już możemy wykazać w literaturze 14 przypadków „strumae baseos linguae“ nie mogących ulegać zaprzeczeniu.

Takie umiejscowienie wola wywodzi początek swój z wczesnego okresu życia płodowego, z okresu, w którym zaczyna się wytwarzać tkanka gruczołu tarczykowego. Należy zatem do tak zw. „struma aberans“, lub „struma accesoria“. A zupełnie pozbawione są podstawy hipotezy autorów, domyślających się w wolu korzenia języka tak zw. wola przerzutowego (struma metastatica), bo do wyjątków należy równoczesne wole na szyi, a często zdarza się równoczesny brak gruczołu tarczykowego prawidłowego w miejscu zwykłem.

Traf zaś chciał, lub może działa tu rzeczywista jeszcze nieponana przyczyna, że wszystkie, dotychczas opisane przypadki tyczyły się płci niewieściej. Autor przypuszcza, że cierpienie to zdarza się i u mężczyzn, lecz ci, z natury już obdarzeni szerokiem gardłem, nie łatwo odczuwają dolegliwości, sprawiane przez guz na podstawie języka, więc nie zgłaszają się do lekarzy.

Kiedy przyjmiemy (a to najprawdopodobniejsze) zarodkowe pochodzenie tego guza, nie możemy mówić o początku cierpienia, ale mówić należy o początku dolegliwości, jakie cierpienie to sprawiać może. Pomijając przypadki, sekcyjnie stwierdzone, w których wole na podstawie języka istniało bardzo długo, bo do późnej starości i nie sprawiało wcale żadnych przypadłości chorobowych, zaznaczyć należy, że najczęściej wole to daje znać o sobie w okresie pokwitania i rozwiniętej czynności płciowej, jakkolwiek nie można wykazać żadnego związku między życiem płciowem a guzem. Wyjątkowo przypadłości mogą wystąpić bardzo wcześnie, gdyż jest opisany przypadek, w którym noworodek u samego progu życia udusił się takiem wolem; to jest jedno, może jedyne niebezpieczeństwo, jakie cierpienie to pociąga za sobą. Natomiast dolegliwości bywają wielorakie. Szereg ich otwiera uczucie pełności i napięcia w szyi i w gardle, występujące zwłaszcza podczas połykania, które może być utrudnionem. Tak samo i oddychanie bywa połączone z pewną trudnością, zwłaszcza w niektórych pozycyach, jak w położeniu na wznak. Do objawów ze strony narządu oddychania należy także kaszel napadowo występujący, napady duszenia się podczas snu itd. Do objawów bardziej wyniszczających organizm, niż poprzednie przypady, należą parokrotnie notowane krwotoki z gardła, czasem zastraszające swymi rozmiarami. Gdy nadto zauważymy mowę niewyraźną, bełkoczącą, wyczerpiemy w grubych zarysach szereg objawów podmiotowych. Przedmiotowo stwierdzamy: po otwarciu jamy ustnej i silnem pociągnięciu języka ku przodowi, lub dopiero po użyciu źwierciadełka krtaniowego, guz, pokryty błoną śluzową, bardzo rzadko owrzodziałą, zawsze zaś prawie z obficie rozwiniętą siecią naczyń żylnych. Guz usadowiony w linii środkowej, w okolicy „foraminis coeci linguae“, może ją przekraczać w jedną lub drugą stronę. Usadowiony zwykle na szerokiej podstawie, czasami tylko u podstawy nieco przewężony, nie przesuwa się na podstawie, niebolesny, w utkaniu swem zbity, czasem sprężysty, jak dobrze wypełniony torbiel. Przedmiotowo nic zresztą wykazać nie można. Badanie drobnowidowe wykazuje typową tkankę gruczołu tarczykowego. W rozpoznaniu należy wykluczyć nowotwory, torbiele, kilaki itp. Przestrzega jednak autor przed próbnem nakłóciem. Wszyscy, którzy go użyli, musieli potem walczyć z obfitem krwawieniem z miejsca nakłócia. W jednym przypadku uszło przeszło 400 grm. krwi.

Leczenie zależeć powinno od natężenia objawów chorobowych. Gdy te są nieznaczne, próbować środków wewnętrznych: jodu i przetworów gruczołu tarczykowego; gdy jednak naglą, trzeba się uciec do leczenia chirurgicznego, lecz ostrożnie. Jeżeli stwierdzić zdołamy, że na szyi w swem miejscu znajduje się gruczoł tarczykowy prawidłowy (bo zdarzyć się może, że go wcale nie ma!) wtedy bez wahania

się możemy guz wyłuszczyć. Za typowe uznaje autor wyłuszczenie całkowite wola przez jamę ust, po poprzedniem przecięciu tchawicy (jak to zrobił Kraske w przypadku przez autora opisywanym). Przez silne pociąganie języka kleszczykami, podstawa jego staje się dość przystępną. Inni, niepewni rozpoznania, dochodzili do guza od zewnątrz, przez przepiłowanie szczęki, otwarcie gardła etc. Kiedy jednak nie możemy wykazać prawidłowego gruczołu na szyi, należy postępować ostrożniej i nie wyłuszczać całego guza. Zdarzyć się bowiem może, jak w przypadku opisanym przez Seldowitscha w „Ctrbl. f. Chir.", 1897, Nr. 17, gdzie, po wyłuszczeniu „strumae baseos linguae" u 14-letniej dziewczyny, w 7 miesięcy po operacyi wystąpiły objawy obrzęku śluzakowego (myxoedema operativum), dziewczyna ta bowiem nie posiadała wcale gruczołu tarczykowego na szyi.

Herman.

A. Freudenberg: **Operacya Bottiniego przy przeroście gruczołu krokowego.** *(Berl. klin. Woch. 1897*, Nr. 46). F. podaje historyę choroby 63-letniego starca, u którego operacya Bottiniego dała wynik wyśmienity. Już w r. 1893 wykonał u niego inny lekarz obustronną kastracyę, celem usunięcia trudności w oddawaniu moczu, na jakie chory już od lat kilku cierpiał. Od pół roku używał chory stale cewnika, a ilość moczu zastojowego wynosiła 700—1000 ctm. Operacya pozostała zupełnie bezskuteczną tak, że chory musiał dalej używać cewnika. W roku 1897 wykonał F. operacyę Bottiniego zapomocą jego przyrządu, robiąc cięcie na 3 ctm. ku tyłowi, drugie tej samej długości na lewo, trzecie, 2 ctm. wynoszące, ku przodowi. W $5^1/_2$ godzin po operacyi oddał chory dobrowolnie 6 ctm. moczu, w nocy tegoż dnia 3 razy po kilka ctm., drugiego dnia oddaje już porcye do 55 ctm. na raz, dnia trzeciego do 132 ctm. jednorazowo. W 10 dni po operacyi mocz zastojowy wynosi 55 ctm. Od 2 dnia po operacyi wprowadzał cewnik tylko 2 razy dziennie, od 18 dnia raz dziennie, od 34 dnia wcale się cewnika nie używa. Mocz zastojowy wynosił pod koniec 11—40 ctm. rano i 15—52 po poł. Chory oddaje obecnie 6—8 razy mocz na dobę, dobrym prądem, z tego raz tylko w nocy. Mocz jasny. Z naciskiem podnieść trzeba ustąpienie uporczywego zaparcia stolca. Stan ogólny lepszy.

Teoretyczne znaczenie tego przypadku polega na stwierdzeniu mylności zdania, jakie niedawno prof. Lennander wygłosił, jakoby skutek operacyi Bottiniego przypisać należało jedynie zniszczeniu, wraz z wzgórkiem nasiennym (caput gallinaginis), przewodów nasiennych jakoteż zwojów i gałązek nerwowych, zaopatrujących pęcherzyki nasienne.

Ważniejszem jest znaczenie praktyczne. Należy na przyszłość raczej wpierw stosować operacyę Bottiniego, zanim się przystąpi do kastracyi lub przecięcia przewodów nasiennych.

F. podaje nakoniec własną modyfikacyę przyrządu Bottiniego. Pomijając drobniejsze szczegóły, tak zmieniony przyrząd posiada tę istotną wyższość nad pierwotnym, że pozwala na bezkarne wygotowanie go przed użyciem.

Dr. B. Wojciechowski.

V. Langsdorff: **Przyczynek do leczenia przewlekłych owrzodzeń podudzia.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1897, Nr. 46). L. leczy owrzodzenia podudzia wedle następującego szematu. Po obmyciu mydłem podudzia, zasypuje wrzód obficie kalomelem, rozrabia go dodaną wodą na papkę, i dosypuje nieco soli. Opatrunek. Wywiązujący się sublimat *in statu nascendi* oczyszcza owrzodzenie w 24 godzinach, sprawiając początkowo pieczenie, trwające 3—4 godziny. Po 24 godz. zdejmuje ten opatrunek i przykłada na ranę *Unguent basilicum*. Bujającą (rzadko) nad miarę ziarninę przyżega kryształkiem siarkanu miedziowego; powolne pokrywanie się wrzodu naskórkiem przyśpiesza, przykładając na kartonie *empl. consolidans*. Chory przez cały czas leczenia leży w łóżku. Po zagojeniu się wrzodu zakłada zwykle opatrunek cynkowo-klejowy na 14 dni. Tym sposobem wyleczył 200 chorych, ani razu nie zawiódłszy się. *Herman.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Tanon jest wytworem zgęszczenia (kondensacyi) mięszaniny (87%) z urotropiną (13%), który w jelitach rozszczepia się na swe części składowe. Schreiber (Deutsche mediz. Woch.) zbadał ten przetwór w 32 przypadkach rozmaitych chorób jelitowych i wielce zachwala jego skuteczność, szczególnie w gruźlicy jelitowej. Dawka dzienna według Schreibera powinna wynosić dla dorosłego 1·0 trzy razy dziennie, dla dzieci 0,2—0,5 kilka razy dziennie. Skuteczność tanonu przypisuje Schreiber tak ściągającemu, jak i bakteryobójczemu działaniu garbnika. Kw.

Doświadczenia, które przedsięwziął H. Weiss, z nowym przetworem Eukazyny (wyrobu Majert i Ebers), wykazały, że środek ten ma wysoką wartość odżywczą (95% białka). Zdrowi przybierali znacznie na wadze, nie tracąc przytem ochoty do jedzenia. Szczególnie nadaje się eukazyna w tych przypadkach, w których trzeba podnieść ogólne odżywienie, a chorzy nie znoszą mleka. Najlepiej podawać ją w rosole, czekoladzie, mleku. Dobry też wynik osiągnięto, stosując ją w uporczywych wymiotach ciężarnych. R.

„Przetoki pęcherzowo-pochwowe" poleca Dr. G. Kolischer z kliniki Schauty w Wiedniu leczyć zapomocą galwanokaustyki, zwłaszcza jeżeli przetoka jest wązka. W opisanym przez niego przypadku wprowadzono przez cystoskop operacyjny galwanokauter, którym przypalono cały kanał przetoki i oba jej ujścia, pęcherzowe i pochwowe, poczem nastąpiło zupełne wyleczenie. W każdym przypadku przetoki pęcherzowej radzi K. badać cystoskopem. (W. Med. Presse Nr. 52, 1897). W. R.

Gaucher zaleca w pokrzywce przemywanie roztworem 5,0 mentolu w chloroformie, eterze i wyskoku kamforowym aa 15,0; miejsca te następnie należy pudrować. F. K.

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z d. 26 Lutego 1898.

Przewodniczący: Kol. Dr. Machek. Członków obecnych 24.
Jako gość: Prof. Dr. Bujwid z Krakowa.

1. Przewodniczący przedstawił nowego członka Sekcyi, kol. Dra Romana Małaczyńskiego.

2. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3. Kol. Krasowski mówił o „leczeniu wilka metodą Hollándera", przedstawiając techniczną stronę, oraz wyniki, osiągnięte tą metodą na chorych klinicznych i szpitalnych. Wyższość tej metody nad innemi (Paquelin, środki żrące) — polega, zdaniem mowcy, na tem, że rozgrzane powietrze działa tylko w oznaczonem miejscu (na guzek), nie niszczy tkanek otaczających tak, że nawet na powiekach i błonach śluzowych stosować je bezpiecznie można; dalej, że nie wywołuje blizn, ale owszem, po odpadnięciu strupa, skóra przedstawia się prawidłowo, wreszcie, że sposób wykonania jest prostym i łatwym. Przy silnem obrzmieniu obczynowem, po zastosowaniu tej metody, nie należy stosować żadnej maści; pod suchym bowiem strupem lepiej i prędzej miejsce przypalone się goi. W końcu prelegent zaznacza możliwość leczenia tą metodą i innych owrzodzeń skóry, n. p. wrzodów miękkich

W ożywionej rozprawie nad powyższym przedmiotem zabierali głos: koll. Rydygier, Ziembicki, Uhma, Obtułowicz, Machek, Skałkowski i prof. Bujwid z Krakowa. Ten ostatni poruszył sprawę etyologiczną wilka, opisując własne doświadczenia z trzema świnkami morskiemi, którym zaszczepił kawałeczki tkanki, nawiedzonej wilkiem. U dwu świnek nie było wyniku, u trzeciej dopiero po roku, przy braku śladów gruźlicy, można było ujawnić bakterye, barwiące się sposobem Ehrlicha, a zatem żywe. Z doświadczeń tych wynikałoby, co Kaposi i wielu klinicystów twierdzi, że wilk nie jest właściwą gruźlicą. Byłaby to postać bardzo podobna do gruźlicy, ale odmienna, więcej łagodna, zbliżona do tak zw. gruźlicy ptasiej, za czem przemawiałoby i to, że wilk z reguły występuje u osób, u których gruźlicy narządów wewnętrznych nie spotykamy. Mowca zapowiada dalszą pracę doświadczalną w tym kierunku i prosi o wspieranie go materyałem do doświadczeń.

4. Kol. Sołowij wygłosił rzecz: „O przyczynach krwawień z części rodnych kobiecych, nie będących w związku z ciążą lub porodem“. W zwięźle opracowanem przemówieniu przeszedł prelegent kolejno przyczyny, wywołujące krwawienia, dając pokrótce przy każdej z nich obraz zmian anatomicznych, przebiegu i leczenia, a także przedstawiając dotyczące ilustracye, lub preparaty anatomiczne.

W dyskusyi kol. Skałkowski podniósł wady serca i choroby nerek, a kol Hojnacki krwawiączkę (haemophilia) i *coitus interruptus*, jako dalsze jeszcze przyczyny, nieuwzględnione przez prelegenta.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

IX. KORESPONDENCYE

Warszawa w marcu.

Uprzystępnienie masom dobrodziejstwa kąpieli było oddawna przedmiotem rozpraw w naszem Towarzystwie lekarskiem, w „Zdrowiu“ i prasie ogólnej. Upłynęło jednak bardzo dużo czasu, zanim myśl dobra oblokła się w czyn. Dopiero dzięki ofiarności p. Rotwanda i staraniom Wydziału kąpieli ludowych przy tutejszem Towarzystwie dobroczynności (utworzonego z inicyatywy zmarłego Dra Ludwika Natansona i prof. Baranowskiego), można było dnia 12 lutego r. b. oddać do użytku publicznego pierwszy tego rodzaju zakład w naszem mieście. Na terytoryum przytułku noclegowego, przy ulicy Stawki (niedaleko Powązek), stanął niewielki budynek, w którym codziennie od 4-ej do 10-ej godz. wiecz. wydawane są natryski po 3 kop. (z dodatkiem mydła i ręcznika). Budynek składa się z 8 przedziałów dla mężczyzn i 3 dla kobiet, prócz tego znajduje się jedna wanna (po 10 kop.) Na kąpiel wraz z ubraniem, przeznacza się 15 minut czasu. W ciągu tygodnia cały zakład może wydać 1908 natrysków i 106 wanien. Ludność uboższa tłumnie podąża, aby korzystać z tak wielkiego, a nieznanego dotąd, udogodnienia. Rozumie się, jest to tylko początek. Należałoby jaknajprędzej dźwignąć podobne budynki w różnych dzielnicach miasta; wszak z zebranego na ten cel funduszu 27000 rubli zużytkowano dopiero 9000. W przyszłości dadzą się uniknąć pewne wady tych pierwszych kąpieli ludowych, do których należą: brak poczekalni, zła wentylacya i inne, które dopiero praktyka wykaże. W każdym razie jest to wielki krok naprzód w higienie naszego miasta.

Uregulowanie pomocy lekarskiej na prowincyi przechodzi ze sfery utyskiwań i bezsilnej krytyki w fazę czynu. Tym razem impuls poszedł z góry. P. gubernator płocki wystąpił z projektem organizacyi lekarskiej w swej gubernii i uzyskał pozwolenie od władzy na przeprowadzenie „sposobem próby“ tego projektu. „Znając wielkie braki, jakie przedstawiają sprawy zdrowotne w gubernii płockiej, oraz ciężkie położenie bytowe ludności i niemożność zasięgania pomocy lekarskiej, jako zbyt drogiej i wpadanie w wyzysk felczerów i znachorów“, — projektodawca pragnie zapobiedz tym brakom przez odpowiednią organizacyę pomocy lekarskiej, aby ludność „korzystając z jej dobrodziejstw, jednocześnie naocznie się przekonała, że rosyjska administracya przynosi ze sobą nie tylko panowanie, ale i troskę o potrzeby i dobrobyt ludności“.

Projekt ten, jak należało się spodziewać, zainteresował żywo nasze sfery lekarskie, wywołał kilka wyczerpujących ocen, oraz artykułów, poświęconych medycynie „ziemskiej“ w Rosyi (Bartoszewicz, Bronowski). Niestety, okazuje się, że cały ten projekt, poczęty przy biurku, nie liczący się z rzeczywistością, pożytku żadnego nie przyniesie. Gubernia płocka, licząca przeszło pół miliona mieszkańców, ma być podzielona na 8 okręgów; w każdym okręgu będzie urządzony szpital na 10 łóżek i 2 punkty do przyjęć ambulatoryjnych. Okręgiem zawiaduje lekarz, mający do pomocy felczera i akuszerkę felczerkę, obowiązanym będąc do przyjmowania chorych ambulatoryjnie, pielęgnowania ich w szpitalu i odwiedzania w miejscach zamieszkania (2 razy tygodniowo). Chorzy doznają opieki lekarskiej bezpłatnie, tylko za lekarstwa i opatrunki mają płacić po 10 kop. Lekarz pobiera rocznie 900 rubli pensyi i otrzymuje 100 rubli na rozjazdy, felczer 240, akuszerka 360. Jak widzimy, na jednego lekarza okręgowego wypada około 70000 osób, mogących potrzebować pomocy lekarskiej. Jeżeli przyjąć średnią śmiertelność roczna 25 na 1000, wypadnie, iż chorych umierających będzie 1700. Gdyby lekarz okręgowy miał choć po jednym razie odwiedzić tych śmiertelnie chorych w ciągu przeznaczonych na to dni, musiałby robić codziennie około 10—12 wizyt, w promieniu 10—15 wiorst. Cóż dopiero, gdybyśmy wyprowadzili liczbę zachorowań! Wtedy okazałoby się, iż musi on robić od 50—150 wizyt dziennie! Za to wszystko lekarz ma pobierać 1000 rubli pensyi bez prawa praktyki. Czyż to jest możliwe? Jakiż lekarz sumienny podejmie się tej syzyfowej pracy nawet za bardzo hojne wynagrodzenie? W tym samym stosunku będzie obarczony felczer, który zapewne będzie musiał przyrządzać lekarstwa i szczepić ospę (do 1200 dzieci rocznie). Akuszerka ma być koniecznie tylko siostra ze zgromadzenia św. Elżbiety, chociaż wiadomo, że Elżbietanki otrzymują tylko kwalifikacye na dozorczynie chorych i felczerki, zupełnie zaś nie uczą się akuszeryi. Rzeczą jest aż nadto widoczną, że jest to projekt czysto urzędniczy, wytworzony bez znajomości rzeczy, bez udziału kompetentnych i mających swoje zdanie lekarzy. „Należało ograniczyć dokładnie“, powiada słusznie Hewelke w Nrze 22 „Kroniki lek.“, „zakres nowej organizacyi albo też przystąpić do przeprowadzenia jej w całości w odpowiednim zakresie. Piękne obietnice, dawane całej ludności, wobec fizycznego niepodobieństwa dotrzymania ich nawet względem połowy, zrodzą tylko dużo niezadowolenia i niechęci a nieuniknione niepowodzenie „próby“ może *anticipando* na długo zdyskredytować wszelkie w tym kierunku racyonalniejsze próby przyszłości.

Tak się dzieje z wszelkimi projektami, tyczącymi się zdrowotności i lecznictwa, które powstają bez udziału ludzi fachowych. Jaskrawy tego przykład mamy na wodociągach lubelskich. Magistrat, bez wiedzy obywateli, zawarł kontrakt z przedsiębiorcą, który zbudował wodociągi, nie wiedząc dobrze, skąd będzie czerpać wodę, gdyż rzeka lubelska, Bystrzyca, ze względu na ubóstwo swoich wód i zanieczyszczenie brzegów, zupełnie się do tego nie nadaje. Zbudowano wodociągi 4 razy za małe (obliczono 52 litry na dobę i mieszkańca, podczas gdy w Warszawie obliczano po 200 litrów) i 5 razy za drogie (40 kop. za 100 wiader, podczas gdy w Warszawie za tę ilość wody płacimy 9 kop.) Tym sposobem ludzie biedni czerpać będą nadal wodę z brudnych rzeczek, przepływających przez miasto, a co najważniejsza, takie skąpe zaopatrzenie miasta w wodę uniemożliwi przeprowadzenie kanalizacyi, która dla Lublina jest sprawą pierwszorzędnej wagi. Charakterystycznym jest „szczegół“, iż kontrakt był sekretem dla obywateli, a na narady nie zaproszono nawet lekarza miasta! Dowiadujemy się o tem wszystkiem *post factum* od kol. M. Biernackiego w marcowym zeszycie „Zdrowia“. Prowincya nie bierze przykładu z Warszawy, gdzie, chwała Bogu, inne pod tym względem panują porządki. Głosy prasy fachowej i ogólnej coraz częściej znajdują posłuch u Władzy, gdy idzie o zdrowotność i porządek miasta. Charakterystyczny n. p. jest fakt, że do komisyi przy Radzie miejskiej, obradującej nad powiększeniem łóżek w szpitalach warszawskich, zaproszono kol. Jakimiaka, który bardzo ostro skrytykował w „Głosie“ gospodarkę szpitalną *(Nosocomialis)*.

Jak widzicie, sprawy higieny i lecznictwa ludowego są u nas na porządku dziennym. Tymczasem faktów do zanotowania mamy niewiele, ale wyrabiają się poglądy, ścierają zdania, wytwarza opinia, a i to coś znaczy.

Ze spraw zawodowych wypływa na widownią projekt kasy wkładkowo-zaliczkowej dla lekarzy, opracowany przez kol. J. Zawadzkiego (Kronika Lek. Nr. 3). Stara przypowiastka, iż *Galenus dat opes* staje się mytem. *Galenus* dla znacznej większości nie tylko nie daje bogactw, ale zaledwie kawałek chleba, bez zapewnienia przyszłości na sta-

rość. Choroba, przerwa, lub chwilowe niepowodzenie w praktyce robią nieraz takie szczerby w budżecie lekarzy, iż ci ostatni muszą się nieraz oddawać w ręce lichwiarzy. Projektowana Kasa ma choć w części złemu zapobiedz. Uczestnik, opłacający roczną składkę, ma prawo do pożyczki mało procentowej do wysokości swoich wkładów, lub znacznie wyższej, za poręczeniem 2 innych uczestników. Tak np. opłacający 60 rubli rocznej składki, po 5 latach będzie miał prawo do pożyczki 331 rubli bez poręczenia, a 993 rubli z poręczeniem; po 25 latach kapitał jego wyniesie najmniej 3000 rubli. Projekt ten ma być wkrótce podany do zatwierdzenia Władzy. Z początku Kasa będzie działała w samej Warszawie, z czasem działalność jej rozszerzy się na cały kraj. Lekarze łódzcy uzyskali już pozwolenie na założenie Kasy wzajemnej pomocy, której zasadniczym celem będzie wydawanie zapomóg stałych tym uczestnikom, którzy z powodu choroby, dłużej niż 3 dni trwającej, zarobkować nie mogą. Zapomoga, na początek istnienia, Kasy wynosić będzie 3 ruble na dobę, przyczem wydawaną będzie w ciągu 6 miesięcy najdłużej. Witamy z radością wszelkie usiłowania, przedsiębrane w celu ułatwienia bytu lekarzy, gdyż na ogół pracują oni ciężko, zarabiają mało i trudno im nieraz zabezpieczyć byt na starość dla siebie i rodziny. Tak jest zresztą, zdaje się, na całym świecie. Pouczająca jest pod tym względem statystyka Berengera, tycząca się lekarzy paryskich. Według jego obliczeń, na 2500 lekarzy praktykujących w Paryżu, 1200 zarabia mniej niż 8000 fr. rocznie. Ponieważ, powiada Berenger, za mniejszą sumę niż 8000 fr. nie może utrzymać się w Paryżu człowiek familijny, przeto walka o byt zmusza wielu lekarzy do różnych kroków, nie godzących się z wymaganiami etyki. Można zaprotestować przeciwko tej konieczności uchybień względem etyki, bo można po prostu cierpieć biedę, ale pozostaje fakt, iż blizko połowa lekarzy w Paryżu nie jest w stanie zarobić na opędzenie potrzeb codziennego życia. Czy lepiej jest w Warszawie, nie wiem; ale zdaje mi się, iż zbliżamy się do tej liczby na miarę naszych potrzeb. Dotychczas mieliśmy na wszelkie utyskiwania lekarzy jedną utartą odpowiedź — „nie skupiajcie się w miastach, wyjeżdżajcie na prowincyę, tam bądźcie pionierami oświaty, wejdźcie w potrzeby ludu, nauczcie go szanować lekarzy i korzystać z ich pomocy!“ Zadanie piękne, ani słowa, ale opłakane to apostolstwo rozbija się o tyle szkopułów materyalnych, że bez pomocy rządu i społeczeństwa nie doprowadzi do żadnego celu. Lekarz niepowinien wyjeżdżać na prowincyę zaraz po skończeniu studyów, bo nie jest przygotowanym do samodzielnego wykonywania wszechstronnej praktyki lekarskiej, a jednak to robi, bo gdzież będzie się uczył i z czego będzie żył? Rząd i społeczeństwo może temu zaradzić, tworząc przy szpitalach płatne asystentury przy ordynatorach, także rozumie się, płatnych i mianowanych lub wybieranych z pośród ludzi, którzy mogą innych czegoś nauczyć. Pomoc lekarska dla biednych powinna być bezpłatna, ale ta filantropia nie może ciężyć na samych tylko lekarzach. Cóż się u nas w tym kierunku robi? Pierwszy projekt uprzystępnienia pomocy lekarskiej na prowincyi wyszedł nie z łona społeczeństwa; widzieliśmy jego wady, które w zarodku samym projekt ten sparaliżują. Gdyby go odpowiednio poprawić, uzupełnić, pozbawić wszelkich niepotrzebnych dodatków i rozszerzyć na kraj cały, byłby to postęp rzeczywisty. Społeczeństwo nasze wieleby na tem zyskało, a dla całej rzeszy lekarzy, otworzyłoby się pole dla prawdziwie pożytecznej i owocnej pracy. Upaństwowić wszystkich lekarzy, jak tego chce Z. Kramsztyk w marcowym zeszycie „Krytyki Lekarskiej“, nie udało się dotąd w żadnem państwie i wątpić należy, czyby ludzkość na tem zyskała, gdyby wszyscy lekarze musieli być urzędnikami; ale państwo i społeczeństwo mogą i powinny wziąść na siebie trud dostarczania racyonalnej opieki lekarskiej całej ludności, powinny powołać do tego lekarzy, nie wymagając jednak od nich, żeby pracowali za darmo, albo pracowali nad siły. *Prawdzic.*

X. II. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Ciąg dalszy).

8. Gruber mówił: „O chorobach śródczaszkowych, wikłających choroby uszne“. Jako dopełnienie wykładu, mianego o tym samym przedmiocie na zjeździe zeszłorocznym, podaje G. następujące statystyczne liczby, wyciągnięte z 40.073 sekcyj, wykonanych w powszechnym szpitalu wiedeńskim, za czas od 1 stycznia 1873 do 31 grudnia 1894 r. Otóż z zestawienia i rozpatrzenia protokołów sekcyjnych wynika następujący stosunek śmiertelności:

w latach	było chorób śródczaszkowych wikłających choroby uszne
1873—1883	88 = 0·49%
1883—1888	52 = 0·59%
1888—1890	26 = 0·65%
1890—1892	28 = 0·76%
1892—1894	38 = 0·66%

Z tego obrachunku wypadałby niekorzystny wynik dla okresu późniejszego, t. j. operacyjnego. Należy jednak uwzględnić, że w ostatniem dziesięcioleciu przypadki operacyjne z ciężkiemi powikłaniami zgłaszają się do szpitala o wiele częściej i częściej bywają przyjęte i operowane niż dawniej.

9. Prof. Gruber demonstrował: Rozrzedzenie tkanki kostnej (osteo porosis) kostek słuchowych. We wszystkich częściach obu kości skroniowych, pochodzących z osoby 59-letniej, zmarłej na uwiąd (Marasmus), która za życia była na prawe ucho zupełnie głucha, a na lewe źle słyszała, wpada w oko, już przy powierzchownem obejrzeniu, zanik kości. Na przedstawionych preparatach drobnowidowych dokładnie widać rozrzedzenie tkanki kostnej kostek słuchowych pochodzących z prawego ucha. W lewej jamie bęb. już makroskopowo widać błonę bęb., młotek i kowadełko nieprawidłowo ze sobą spojone przez błony wrzekome, po części przez nowoutworzoną tkankę kostną.

Gomperz powołuje się na przypadek przez siebie ogłoszony, w którym stwierdził w stropie jamy bęb. równocześnie obok siebie zapalenie kości zgęszczające i rozrzedzające i wyraża zdanie, że to nowotworzenie się kości należy uważać za sprawę ochronną przeciw szerzeniu się zapalenia.

10. Prof. Gruber okazuje: Nową nasadkę kątną (Winkelhandstück) do elektromotoru dla operacyi w głębi przewodu ucha zewn. Nasadka, pod kątem zagięta, pomysłu G., połączoną jest z innemi narzędziami, świdrem, trepanem i t. p., pozwala używać tych ostatnich pod kątem około 120°, co umożebnia wprowadzenie narzędzi do ucha pod kontrolą wzroku. Zarazem pokazuje G. małe trepaniki, służące do wyłuszczania małych kawałków z kości bębenkowej (os tympan.), w celu odsłonięcia ogniska chorobowego w górnym przestworze bębenkowym.

11. Dr. Alt miał wykład: O etyologii chorób narządu przyjmującego głos. Prelegent, który od jakiegoś czasu tym przedmiotem bliżej się zajmuje, zwraca uwagę na trudności w wysnuwaniu pewnych wniosków z materyału statystycznego, a to głównie z powodu różnych stanowisk i zapatrywań autorów na etyologię i rozpoznanie tych chorób. Z materyału statystycznego, zebranego przez A. z literatury, a odnoszącego się do 182.799 chorych na uszy, przypada 5·42% na ucho wewnętrzne, a z tych 70% u mężczyzn, a 30% u kobiet: 71·61% przypada na dorosłych (wyżej 15 lat). Co do przyczyn tych chorób zestawił A. tablicę I:

TABLICA I.

Przyczyna nieznana	42·6%	Niedokrewność	0·6%
Uraz	12%	Zapalenie nerek	0·5%
Przez przebicie	10%	Połóg	0·5%
Kiła	10%	Wiąd rdzenia	0·3%
Płonica	4·4%	Wyskok	0·3%
Zapalenie opon mózg.	3·4%	Ospa	po 0·18%
Histerya i neurastenia	2·2%	Nowotwór mózgu	
Dur	2·2%	Stwardnienie wysepkowate	
Złamanie podstawy czaszki	2·2%	Salicyl	
Odra	1·3%	Białaczka	
Przypadki wrodzone	1·0%	Krztusiec	
Zanik ogólny	1·0%	Żółtaczka	
Grypa	1·0%	Otrucie	
Błonica	0·6%	Róża	
Udar	0·6%	Udar słoneczny	
Chinina	0·6%		

Gdy atoli tym liczbom, z przyczyn na wstępie wyłuszczonych, nie można przyznać zupełnej dokładności i pewności, zestawił A. 12.736 przypadków chorych na uszy na klinice Grubera, z których wypada 3·07% na choroby ucha wewnętrznego. Ostateczne przyczyny tych chorób przedstawia tablica II:

TABLICA II.

Nieznana przyczyna	30·3%	Zapalenie gruczołu przyusznego	1·03%
Przez przebicie	14·8%	W połączeniu z zapaleniem naczyniówki i siatkówki	1·03%
W połączeniu z nieropnemi chorobami ucha środ.	8·9%	Z zapaleniem barwikowem siatkówki	0·58%
Zapalenie opon mózg.	7·2%	Wyskok	po 0·34%
Wrodzone	6·89%	Chinina	
Kiła nabyta	5·4%	Salicyl	
Dur	4·8%	Zapalenie nerek	
Ropne sprawy ucha środkowego	4·4%	Ospa	
Kiła dziedziczna	3·1%	Róża	
Matołectwo i wodogłowie	2·4%	Stwardnienie wysepkowate	
Płonica	2·06%	Złamanie podstawy czaszki	
Uraz	2·06%	Udar słoneczny	
Błonica	1·7%		

W dyskusyi Drowie Kaufman i Pollak podnoszą, zgodnie z prelegentem, znaczną częstość chorób ucha wewnętrznego, zależnych od zajęć zawodowych.

A. sądzi, że przeważna część zachorowań ucha wewnętrznego, z przyczyn niewiadomych, należy także do tej kategoryi chorób zawodowych, gdyż obok tych zajęć, które zostały uznane, jako wywołujące tego rodzaju cierpienia, jest jeszcze wiele innych zatrudnień, narażających na podobne szkodliwości.

12. Dr. Kaufman demonstrował obustronne potworności ucha i preparaty anatomo-patologiczne i histologiczne, należące do osoby 85-letniej, która, według podania krewnych, za życia mówiła, choć nie wyraźnie i do pewnego stopnia na oba uszy słyszała. Na prawym narządzie słuchowym spostrzega się, w miejscu małżowiny, wałek skórny, 5 ctm. długi, chrząstkowaty, bruzdą od płatka usznego oddzielony. Brak przewodu zewnętrz. ucha i błony bęb. W górnym przestworze jamy bęb. znajdują się szczątki kostek słuchowych, jama bęb. znacznie ścieśniona, zagłębienie okienka owalnego mniejsze.

Po stronie lewej. małżowina mocno zniekształcona, mniejsza, przewodu zewnętrznego i błony bęb. niema, zmniejszoną jamę bęb. przeciągają beleczki kostne; w górnym jej przestworze szczątki kostek słuchowych. Przewód uszny wewnętrzny, nn. twarzowe, słuchowe i błędnik obustronnie prawidłowe.

Druga para narządu słuchowego, należąca do 29-letniego chorego, zmarłego na gruźlicę, przedstawia po stronie lewej: małżowina mała, tylko przeciwskrawek silnie rozwinięty; w miejscu ujścia zewn. płaski dołek, płatek uszny szeroki, ku przodowi przyrośnięty. Przewodu usznego chrząstkowego niema, kostny przewód do połowy ścieśniony, jama bęb. zmniejszona. Po stronie prawej: w miejscu górnej części małżowiny znajduje się okrągławy guzik, wielkości grochu, chrząstkowato twardy, do którego nieco niżej przyłącza się grzebieniowaty płatek skóry. W miejscu ujścia zewnętrz. przewodu usznego podłużna, dość głęboka, bruzda, a nieco niżej płaski, ślepy dołek. Ucho wewn. prawidłowe, tylko mniejszych rozmiarów.

Bing wnosi z faktu, że skoro właścicielka przedstawionych narządów słuchowych, według zgodnych podań osób z jej otoczenia, za życia mówiła i słyszała, to mamy dalszy dowód dla nauki o percepcyi głosu przez bezpośrednie przewodnictwo kości, w przeciwieństwie do przypuszczonego przewodnictwa czaszkowo-bębenkowego (cranio-tympanal), według którego fale głosowe dostają się do nerwu słuchowego tylko za pośrednictwem narządu jamy bęb. W tym przypadku fale głosowe mogły być przeniesione, na narząd głos przyjmujący, tylko przez przewodnictwo kostne, wobec znacznego zniekształcenia i braku rozwoju ucha zewn. i środkowego.

(Dokończenie nastąpi).

XI. **Wiadomości bieżące.**

Kraków 17 Marca.

* Towarzystwo farmaceutyczne »Unitas« w Krakowie, postanowiło na walnem zgromadzeniu d. 13 b. m. wydawać od 15 kwietnia kwartalnik lub miesięcznik, którego zadaniem będzie obznajomienie szerszych warstw z ruchem, powstałym w ostatnim czasie w tym zawodzie. Uchwalono również rozpisać konkurs na dzieło naukowe w zakresie farmacyi. Nazwę Towarzystwa zmieniono na: Galicyjskie Towarzystwo farmaceutyczne »Unitas« w Krakowie. Prezesem na rok 1898 wybrano Antoniego Śmieszka, wiceprezesem Antoniego Markowicza.

* Wilno, na wzór Warszawy, ciągle pomnaża liczbę lecznic prywatnych. Obok już istniejących: chirurgicznej (Dra Dębowskiego), Pasteurowskich szczepień (Dra Orłowskiego), wodoleczniczej (Drów Zajkowskiego i Borkowskiego), ginekologicznej (należącej do spółki), rozpoczęto starania o pozwolenie założenia drugiej ginekologicznej i drugiej wodoleczniczej. Dzienniki zwracają uwagę na brak stacyi klimatycznej na Litwie, do czego szczególnie nadają się górzyste, obfitujące w wodę i lasy, piękne okolice Wilna.

* Dzienniki donoszą, że lekarz szpitalny we Lwowie, Dr. Penzias, wskutek skaleczenia się przy operacyi, uległ zakażeniu, czego następstwem była smutna konieczność odjęcia kończyny.

* Wolna posada lekarza okręgowego jest do obsadzenia w Świrzu, pow. przemyślańskim, z roczną płacą 600 złr. i 240 złr. na koszta podróży. Podanie do przemyślańskiej Rady powiatowej należy wnieść przed 1 maja.

* »Kuryer warszawski« dowiaduje się, że ś. p. Dr. Roman Jasiński zapisał całą swą bibliotekę lekarską Towarzystwu lekar. warszawskiemu.

* Czwarty Zjazd badaczy gruźlicy odbędzie się między 27 lipca a 2 sierpnia w Paryżu, pod przewodnictwem Nocarda.

* W Petersburgu zawiązało się Towarzystwo lekarskiej pomocy w nocy. Na razie Towarzystwo liczy 15 członków i ustanowiło następującą taksę: za przyjęcie w siedzibie Towarzystwa płaci się 1 rsr., jeśli choroba wewnętrzna, 2 rsr. jeśli chirurgiczna. Wizyta w mieszkaniu chorego płaci się po 3 rsr., bez względu na rodzaj choroby. Za wizytę u położnicy należy się po nad 3 rsr.

Konkurs rozpisał Dziekan Wydziału lek. Uniw. Jagiell. na posadę demonstratora przy katedrze fizyologii z płacą roczną 300 złr. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekar. od d. 21 marca.

Mianowani: Dr. Jul. Dollinger kierownikiem kliniki chirurgicznej w Peszcie, na miejsce zmarłego Kovacsa. Dr. W. Tichomirow zwycz. profesorem farmakologii w Moskwie. Dr. Forlanini, zwycz. profesorem patologii ogólnej w Turynie. Dr. Budin, kierownikiem kliniki położniczej w Paryżu, na miejsce Tarniera. Dr Henryk Frenkiel, wychowaniec Uniw. warszawskiego, otrzymał drogą konkursu katedrę okulistyki w szkole lekarskiej w Tuluzie.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Wiktor Niski, w Mławie. Dr. Matkowski, pedyatra, w Odesie. Prof. chirurgii, Dr. Schneider, w Królewcu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 11: Dra Brunnera J.: Zatrucie strychniną a tężec przyranny. Dra Leszczyńskiego L.: Eter bromowy czy pental stósować należy do usypiań krótkotrwałych (c. d). W *Kronice lekarskiej* zeszyt 5: Dra Warszawskiego M.: Przypadek XVI miesięcznej ciąży zamacicznej śródwięzadłowej. Płód donoszony, od VI miesięcy nieżywy. Koeliotomia. Wyzdrowienie. Dra Sędziaka: Przyczynek do rozpoznawania, oraz leczenia, ropnego zapalenia migdałka podniebiennego, oraz językowego, ze szczególnem uwzględnieniem ropnia okołomigdałkowego (dokończ.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 11. Dra Steinhausa J.: Przyczynek do znajomości rozwoju i budowy pryszcza wakcynalnego. Dra Czajkowskiego J.: Przyczynek do rozpoznawania ogniskowych cierpień mózgu (dokończenie).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 23-go Marca, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1. Sprawy administracyjne.
2. Kol. Docent Dr. Reiss przedstawi chorego z kliniki chorób skórnych.
3) Kol. Dr. Lewkowicz przedstawi chorego z kliniki pedyatrycznej.
4. Kol. Dr. Krokiewicz przedstawi chorego i wypowie rzecz „O Syringomyelii“.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 26. Marca 1898. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Ze szpitala Wilhelminy w Wiedniu pod kierunkiem Dyr. Dra Toelga.**

O wartości leczniczej gwajacetyny i eukazyny

napisał

Dr. Józef Dakura,

sekundaryusz.

Od czasu, w którym powszechnie stało się wiadomem, że gruźlica, oprócz osobniczego usposobienia, dziedziczności i innych jeszcze warunków, zawdzięcza swoje powstanie wtargnięciu i rozwojowi w ustroju ludzkim prątków Kocha, że jest więc ona poniekąd chorobą zakaźną, zwrócili klinicyści, a za nimi i lekarze praktyczni, główną uwagę, obok leczenia dyetetyczno klimatycznego, na antyseptykę ustroju. To dało powód, że do szeregu leczniczych środków przeciwgruźliczych weszło mnóstwo przetworów farmaceutycznych, osobliwie z gromady ciał aromatycznych, (że tylko wspomnę o kreozocie, kreosotalu, gwajakolu, solveolu itd.), a to w celu, ażeby, jeżeli już nie radykalnie wyleczyć tę chorobę, to przynajmniej powstrzymać dalszy jej rozwój, poprawić bodaj odżywienie chorego i uczynić go odporniejszym na działanie jadu prątków Kocha. Tutaj nadmienię tylko o daremnych i nieudałych próbach wyleczenia gruźlicy za pomocą dwukrotnie fabrykowanej i poleconej tuberkuliny Kocha, dalej o nieskończonych jeszcze, ale wcale, jak dotychczas, niezachęcających doświadczeniach z surowicą antytuberkuliczną Maragliano i w końcu o lichym przetworze z dziedziny organoterapii. tj. o glandulenie Hoffmanna.

Jednak epoka odkryć i wynalazków jeszcze nie zamknięta; praca na tem polu nie ustaje i każdy dzień może nam przynieść rozwiązanie zagadki skutecznego leczenia i zapobiegania gruźlicy. Do najnowszych środków przeciw gruźlicy zaliczę niedawno wprowadzony do terapii przetwór chemiczny, nazwany gwajacetyną. Wytworzył ją Dr. Wilhelm Majert, a fabrykacya jej odbywa się obecnie w Grünau pod Berlinem przez firmę Majert et Ebers.

Gwajacetyna jest pod względem składu chemicznego sodową solą kwasu brenckatechinmonoacetowego i jest, tak jak gwajakol, derywatem brenckatechiny. Od gwajakolu różni się ona tylko tem, że zamiast jednej grupy metylowej, która w gwajakolu zastępuje wód jednej grupy hydroksylowej, w gwajacetynie wchodzi na jego (H) miejsce reszta glykolu.

Gwajakol	Kwas brenckatechinmonoacetowy
$O.CH_3$	$O.CH_2.COOH$
C_6H_4	C_6H_4
$OH.$	$OH.$

Istnieje pewna analogia między powstawaniem kwasu salicylowego z fenolu, (przy którem, przez przyłączenie się jednej grupy karboksylowej ustaje jego jadowitość), a tworzeniem się gwajacetyny, gdzie także jedna grupa karboksylowa wstępuje w kwas brenckatechinmonoacetowy. Co do dalszych własności chemiczno-fizycznych gwajacetyny, to przedstawia się ona jako proszek biały, bez zapachu, dosyć higroskopijny, łatwo rozpuszczalny w wodzie zimnej, ciepłej i w wyskoku, o smaku słabo gorzkim, z posmakiem przyjemnym. Jest przetworem chemicznym, absolutnie nietrującym i nieżrącym.

Wpierw nim przedstawię wyniki swoich prób z tym środkiem nowym, uważam za konieczne podać kilka krótkich historyj chorób, ażeby tem lepiej uwydatnić skutki leczenia chorych gwajacetyną.

W całości przeprowadziłem doświadczenia z gwajacetyną na 22 chorych. Tylko dwóch z nich znajdowało się w okresie daleko posuniętej gruźlicy, u tych ja też żadnej zmiany na lepsze nie zauważyłem i zresztą wkrótce pomarli. Wszystkie inne przypadki były w okresie początkowego nacieku szczytów, albo, co najwyżej, z niebardzo dużemi zmianami chorobowemi, w postaci małych przytłumień, pojedyńczych rzężeń, niebardzo silnego kaszlu, chociaż wszyscy byli dziedzicznie obciążeni.

Gwajacetynę brali chorzy od połowy września 1897 r.

Pierwszy przypadek dotyczył 28-letniego J. L. Rodziców stracił jeszcze w dzieciństwie; oboje pomarli na gruźlicę. On sam był zawsze zdrów aż do 20. roku życia. Przed sześcioma laty miał się zaziębić, dostał zapalenia opłucnej i od tej pory kaszle, często doświadcza kłucia w boku prawym i skarży się na ciężki oddech, mianowicie w jesieni i zimie Budowa jego jest w ogóle wątła, odżywienie liche, podściółka tłuszczowa skąpa. Powłoki skórne i błony śluzowe, szczególniej wargi, bardzo blade. Klatka piersiowa długa i wązka z szerokimi przestworami żebrowymi. W obu szczytach płuc wypuk przytłumiony, więcej z przodu po stronie prawej, gdzie stwierdza się oddech oskrzelowy i skąpe rzeżenia. Przytłumienie, z lekkim bębenkowym odgłosem, sięga z przodu, po stronie prawej, aż do drugiego przestworu międzyżebrowego, po stronie lewej, tylko do drugiego górnego żebra. Chory kaszle dosyć silnie, plwociny obfite; gorączka wynosi wieczorem 38° do 38·8°, wśród znacznych potów. Przytem żali się chory na zupełny brak łaknienia i wielkie pragnienie; miewa po trzy do pięciu stolców dziennie, płynnych, z boleściami. W moczu białko Esbachem ½ *pro mille*. W plwocinie tu i owdzie prątki gruźlicze. Po raz pierwszy badana przed doświadczeniami krew okazała się bladą, o słabo rozwiniętej siatce włóknikowej. Hemoglobiny 58·6%. liczba czerwonych ciałek wynosiła w całości niespełna 3,000.000. Ciężar ciała dochodził 52 kilogr.

Dnia 19. września 1897, zażył chory po raz pierwszy trzy półgramowe proszki gwajacetynowe i od tego czasu podawano mu bez przerwy codziennie, aż do 12. listopada 1897 taką samą ilość gwajacetyny. W tym czasie ważono chorego dwa razy, mianowicie 4. października i 10. listopada, równocześnie z badaniem krwi i oznaczeniem ilości białka w moczu, za pomocą Esbacha. Ciężar ciała podniósł się

na 56 kgrm. względnie 58 kgrm., a liczba ciałek czerwonych wzrosła prawie o milion (3.960.000). Także odsetek hemoglobiny powiększył się do 60, a białka w moczu ubyło mało co nie o połowę, a były nawet dnie, w których zupełnie białka nie było. Jako szczególniej korzystny czynnik tego leczenia podnieść należy dobry stan podmiotowy chorego. Pacyent czuł się przez cały czas zażywania gwajacetyny stosunkowo bardzo dobrze, nie skarżył się już więcej na bóle głowy, sypiał spokojniej, mniej kaszlał i mniej wykszuszał. Łaknienie poprawiło się bardzo prędko, a bóle brzucha i biegunka ustały. Nawet się poty częściowo zmniejszyły. I rzeczywiście dziwić się trzeba było, jak chory chętnie i chciwie te proszki zażywał i jak ciągle o świeże prosił. Stan jego ogólny poprawił się od tego czasu pod każdym względem i to do tego stopnia, że sam prosił o uwolnienie ze szpitala.

Drugi przypadek odnosi się do młodej 18-letniej dziewczyny M. K. Badając stwierdziłem rozpoczynającą się tylko gruźlicę, jednak już ze wszystkiemi następstwami wymienionej choroby. Chora ta brała proszki gwajacetynowe tylko dwa tygodnie (od 20. września do 6. października) i ze znaczną poprawą została wypisaną ze szpitala, na własną prośbę.

Nie tak korzystnie miała się rzecz w trzecim przypadku, mianowicie u 22-letniej M. R. Przyjętą została do szpitala Wilhelminy z rozpoznaniem *bronchitis diffusa*, choć, co prawda, nie bez pewnego podejrzenia na gruźlicę, tembardziej, że matka jej na tę chorobę piersiową umarła. Dopiero później, po tygodniach, wystąpiły zwolna obustronne przytłumienia w szczytach płucnych, oddech oskrzelowy, rzężenia, prawostronne tarcie opłucnowe, kaszel z kilkakrotnem krwiopluciem, więc obraz wybitnej gruźlicy. Chorą tę leczono również gwajacetyną, podając jej z początku po 0.5 grm., później po 0.75 grm., trzy do czterech razy dziennie; ale oprócz twierdzenia samej pacyentki, że się dobrze czuje, szczególniej zaraz tuż po proszku, żadnego polepszenia zauważyć u niej nie można było; z tego powodu zaprzestano dalszego podawania tego środka, a wrócono do leczenia symptomatycznego (extr. laud. aqu., morphium muriat., codein. hydrocl.). Stan chorej stawał się coraz gorszy, ciężar jej ciała spadł o 6 kgrm., wkrótce wystąpiła silna biegunka, zapalenie otrzewnej, krwioplucie, i chora skończyła życie wśród objawów odmy piersiowej dnia 23. grudnia. Sekcyi nie robiono.

Inni chorzy po części opuścili już szpital, po części (8) pozostali w nim dalej. U tych wszystkich bez wyjątku nastąpiło polepszenie wyraźne, mianowicie co do wzmocnienia ustroju, poprawy łaknienia, a co zatem idzie, powiększenie ciężaru ciała, obniżenia się gorączki, zmniejszenia się ilości białka w moczu.

Streszczając wyniki tych doświadczeń, dochodzę na razie do wniosków następujących:

1. Chociaż małą była liczba (22) przypadków przeze mnie badanych, to jednak można już dziś przyjąć, że ten najnowszy środek przeciwgruźliczy jest dla ludzkiego ustroju, nawet w większych dawkach (1,0) i miesiącami podawany, zupełnie nieszkodliwy. W tym względzie poczuwam się w prawie twierdzić, że gwajacetyna, jeżeli nie wyżej, to z pewnością stoi na tym samym stopniu wartości leczniczej, co wszystkie jej pokrewne przetwory farmaceutyczne (gwajakol, kreozotal, kreozot, solweol itd.), a które, jak wiadomo, tak często szkodliwie wpływają na trawienie.

2. Gwajacetyna nie jest, ściśle biorąc, środkiem leczniczym przeciw gruźlicy i napróżnoby ktoś szukał w niej leku swoistego przeciw tej chorobie.

3. Lecz za to, jako środek działający symptomatycznie, powinien zająć jedno z pierwszych miejsc w leczeniu gruźlicy.

4. Skoro przy tem używanie gwajacetyny nie pozostaje bez wpływu korzystnego na ogólny stan chorych gruźliczych, a mianowicie: a) ponieważ pacyenci czują się przy tem podmiotowo bardzo dobrze, b) łaknienie się poprawia, c) chorego na wadze przybywa, d) jakość krwi się znakomicie poprawia, e) białko w moczu odsetkowo się zmniejsza, przeto zasługuje ten lek, ażeby go wśród dalszych, dokładniejszych jeszcze prób, do dzisiejszej terapii chorych piersiowych, wprowadzili i rozpowszechnili lekarze praktycy.

Nie chcę w końcu przemilczeć, że gwajacetyna jest obecnie jeszcze za droga (100 grm. kosztuje 16 złr.) i dlatego też zniżenie jej ceny byłoby bardzo pożądanem, ażeby i szersze, biedniejsze warstwy ludności mogły z tego środka korzystać.

Sposób zapisywania gwajacetyny jest następujący:

Rp. *Guajacetini 0·5*
d. Tales doses N. XXX
S: *Trzy proszki dziennie zażywać.*

Rp. *Guajacetini 10,0*
Aqua dest. q. suf. ad solut.
Vini tokayensis
(vel Vini Xerensis) ad 200·0
N. S: *Trzy razy dziennie po łyżce stołowej zażywać.*

Można też gwajacetynę podawać w postaci pastylek półgramowych.

O działaniu tego środka wyrażają się bardzo pochlebnie między innymi Buchner, Köllner [1]), Goldmann [2]), przypisując mu własności przeciwgorączkowe, odkażające, przeciwpotne, a w szczególności odżywcze.

* * *

Ta sama fabryka spółki Majert i Ebers wyrabia także na wielką skalę drugi przetwór, nazwany przez wynalazców *eukazyną*. Jest to, chemicznie biorąc, połączenie białkowate, otrzymane z sernika krowiego mleka. Wytworzył je prof. Salkowski i Dr. Wilhelm Majert, chcąc zastąpić niem w dyetetyce chorych, podupadłych na odżywieniu, różne, dotąd używane, wyciągi mięsne i białkowe ze świata roślinnego. Użył on do tego sernika, który poddał działaniu gazu amoniakowego, wskutek czego powstała sól kazeino-amonowa czyli eukazyna. Na tej samej zasadzie wytworzył Röhmann połączenie podobne, mianowicie sól kazeino-sodową, nazwaną nutrozą.

Eukazyna przedstawia się jako proszek biały, bezwonny, łatwo rozpuszczalny w wodzie zimnej i ciepłej na ciecz białawą. Smaku mdłego, który się usuwa dodaniem soli kuchennej. W pierwszych czasach fabrykacyi posiadał ten przetwór nieprzyjemną woń amoniakową i smak ostry, przykry, wskutek czego chorzy go niechętnie zażywali, gdyż doznawali po nim odbijania, gniecenia w żołądku, często nawet przychodziły wymioty, a łaknienie przytem bardzo cierpiało. Dopiero po poprawie sposobu wytwarzania eukazyny, tak w postaci sproszkowanej, jako też przez wyrabianie z niej biszkopcików zwanych *Cakes*, a nawet tabletek czekoladowych, usuniętą została ta wada przetworu i od tego czasu szybko rozpowszechnił się on, szczególniej w Niemczech i w wiedeńskich klinikach, szpitalach, oraz między lekarzami praktycznymi; wszyscy, którzy ten środek dotychczas stosowali, jednogłośnie przypisują eukazynie wielką war-

[1]) Dr. S. Köllner: Die Guajacetinbehandlung der Tuberculose. Aerztlicher Central Anzeiger Nr. 32—33, 1897.

[2]) Dr. Arnold Goldmann: Erfahrungen über Guajacetin und Eucasin bei Behandlung der Lungenkranken. Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 50, 1897.

tość odżywczą. Szczególniej polecają jej używanie Prof. Salkowski [3]), Laquer [4]), Erlach, Leyden [5]), Goldmann, Weiss [6]) Oertel [7]). Główną zaletę tego leku dopatrują ci klinicyści w łatwej jego rozpuszczalności, czem stoi on wyżej od sernika, który, jak wiadomo, trudno się rozpuszcza i trudno też ulega wessaniu; dalej — w wysokiej zawartości białka 95·65%, podczas gdy najlepsze mięso wołowe zawiera go tylko 20·63%, wreszcie w braku nukleiny w jego składzie chemicznym, wskutek czego nie przyspiesza wytwarzania się w zbytniej ilości kwasu moczowego w ustroju i wogóle nie wpływa na ilość moczu, przez co się bardzo nadaje do kuracyi chorych na gościec stawowy, dnę i t. d. Również i w tem widzą autorowie wyższość eukazyny nad wszelkimi przetworami mięsnymi, że nie sprowadza zaburzeń w trawieniu, biegunki i nie daje powodu, tak jak stężone wyciągi mięsne, do wytwarzania się różnych spraw gnilnych w przewodzie pokarmowym z następowem nagromadzaniem się gazów trujących, jak fenol, indol, skatol i t. p.

Zachęcony tak świetnymi wynikami przytoczonych prób odżywiania eukazyną chorych charłaczych, stosowałem i ja w szpitalu Wilhelminy ten przetwór w kilku przypadkach: (u 2 gruźliczych, w jednym przypadku blednicy, u dwóch cierpiących na chorobę Brighta i czterech ozdrowieńców po durze brzusznym). Podawałem eukazynę w obu postaciach, jako proszek i jako Cakes. Proszku podawałem dziennie trzy łyżki do mleka, rosołu, czekolady lub kakao. Biszkopcików (Cakes) chorzy nie chcieli spożywać i wkrótce musiałem je zaniechać. Z początku nawet i proszek brali niechętnie, wymawiając się mdłym, nieokreślonym bliżej smakiem przetworu, ale z czasem się do niego przyzwyczajali, a nawet od czasu, kiedy poleciłem roztwór eukazyny zaprawiać solą smaku, tego nieprzyjemnego nie doznawali. Ogółem podawano ten środek nie długo, od połowy września 1897 prawie do końca października tego samego roku i dlatego też może skutków tak wybitnych po nim nie widziałem. Najbardziej jeszcze przetwór ten posłużył wyzdrowieńcom, którzy po 10-ciu już dniach znacznie (3·20 kgm. względnie 4 kgm.) zyskali na wadze, wejrzeniu, cerze i siłach.

W blednicy, oprócz podniesienia się ciężaru ciała, żadnej poprawy nie zauważyłem. Krew pozostała nieprawidłową, jak była przed doświadczeniem i stan jej dopiero właściwie się poprawił pod wpływem żelaza. U chorych gruźliczych nie mogłem nawet stwierdzić podniesienia się ciężaru ciała, co tem tłomaczę, że skutkiem ciągle postępującej sprawy chorobowej, ciągłej gorączki, zanadto prędko ustrój ulegał destrukcyi, podupadał na odżywieniu. U chorych na nerki eukazyna nie wywoływała żadnych zmian.

Zdaje się, że nie przesadzę, jeżeli nie przypiszę eukazynie jakichś niezwykłych, swoistych własności leczniczych, a nawet odżywczych. Jest to tylko przetwór dobry, użyteczny szczególniej w dyetetyce ozdrowieńców, po ciężkich chorobach wyniszczających, a jako stosunkowo nie droższy od podobnego rodzaju przetworów odżywczych, znajdzie on zawsze obok innych zastósowanie tam, gdzie ciągła zmiana sposobu żywienia sztucznego jest konieczną. Przewrotu jednak w dyetetyce eukazyna nie wywoła.

[3]) Salkowski: Deutsche Mediz. Wochenschrift Nr. 15. 1896.
[4]) Laquer: Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 38 i 42. 1896.
[5]) Leyden: Handbuch der Ernährungstherapie. Berlin 1897.
[6]) Weiss: Ueber Eucasin. Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 52, 1897.
[7]) Oertel: Therapeutische Monatshefte Nr. 5, 1897.

II. Dna (podagra) i jej leczenie w limanowych kąpielach odeskich.

Podał

Dr. F. Jachimowicz.

(Ciąg dalszy).

W czasie sezonu 1896 roku przybył do mej lecznicy na Limanie chory na dnę (podagrę), ze wszystkiemi oznakami choroby, niezwykle już rozwiniętej.

W roku 1897 przybyli jeszcze dwaj nowi chorzy, których badanie dało możność uzupełnienia obrazu; a poprawa, osiągnięta kąpielami szlamowemi w tych trzech przypadkach, dała miarę korzyści, jaka się daje osiągnąć tą drogą.

Historyę tych trzech przypadków przytaczamy:

Jenerał B., lat około 60, przybył do lecznicy w końcu lipca 1896 roku. Choroba trwa już od lat 10. Opowiada, że miał rodziców zdrowych, rodzeństwa niema. Słyszał jednak, że w rodzinie dziada był chorzy na dnę. Bliższych szczegółów wywiady nam nie przysporzyły. Wstąpił do wojska wprost ze szkoły wojskowej, mając lat 20; od tej pory bez przerwy pełni służbę w artyleryi.

Minęło już więcej niż lat 10 od chwili, w której spostrzegł, że cierpi na obecną chorobę. Ta rozwijała się powoli. Czuł, że stawy tężeją, miewał dość często tępe bóle; cierpienia te corocznie stopniowo się zwiększały. O charakterze pierwotnych cierpień sądzić możemy z tego, że się chory wtedy leczył na gościec. Czasem bóle mijały na czas jakiś, a przynajmniej znacznie się zmniejszały, ale coraz częściej zaczęły się zjawiać napady bólów ostrych, które zaczynały się od palców nóg. Palce brzękły, czerwieniały, ból był czasami tak gwałtowny, że chory przepędzał noce bezsenne, leżąc w łóżku po kilka tygodni. Bóle rozszerzały się czasem i na krzyże, żebra i stawy rąk. W kilka lat po rozpoczęciu się choroby niektóre obrzękłe stawy, pomimo ustania napadu bólów, nie klęsły i nie wracały już do stanu prawidłowego. Podobne obrzęki utrwaliły się na palcach rąk i nóg, a także na stopach, a osobliwie w kolanach. Stan ogólny zdrowia również psuć się zaczął. Brak snu, trudność znalezienia przy leżeniu dość wygodnego ułożenia, by uniknąć ucisku na miejsca chore, utrudniona ruchomość, odejmowały mu siły. Trzy do czterech lat temu zjawiły się na małżowinach usznych pierwsze złogi w kształcie białych guzków, wielkości prosa lub grochu, tak w skórze jak i pod nią. Wkrótce też podobne złogi wytworzyły się wokoło palców nóg i rąk, w kolanach i łokciach. Zwiększały się one coraz więcej tak, że wkrótce na palcach, wokoło niektórych stawów, powstały obrzęki gąbczaste, których przestwory napełnione były białą masą, przeświecającą miejscami przez pokrywającą ją skórę. Rysunek prawej ręki (Rys. II) daje dokładne pojęcie tego, jak wyglądała ręka. Podobne kształty miały i inne stawy; ruchomość w niektórych z nich, zwłaszcza w więcej zmienionych, ustała; w innych zaś stała się ograniczoną. Chory chodzi i posługuje się pomocą rąk z wielką trudnością. Wychudł i pobladł; łaknienie małe, chociaż trawienie jeszcze niezłe. Bóle w tym okresie, w którym niema nasileń, są głuche i tępe. Od kilku lat mocz świeżo oddany jest mętny. Rozbiory wykazały odczyn kwaśny, długo utrzymujący się. Męty pochodzą od obfitej ilości śluzu, komórek nabłonkowych, kryształów szczawianu i fosforanu wapniowego. Białka nie stwierdzono.

Z opowiadania chorego dowiadujemy się, że zdarzało mu się spostrzegać w miejscach, w których złogi były blizkie powierzchni i pokryte cienką skórą, że skóra ta dobrowolnie przedziurawiała się a z otworów tych wychodziła w większej lub mniejszej ilości masa biała, gęstości masła; poczem otwory te długo się nie zabliźniały.

Za zgodą chorego zrobiłem kilka małych nacięć na palcach i z łatwością wycisnąłem tę białą masę. Pod drobnowidem (powiększenie

96) okazało się, że składa się ona z małych igiełek. Przy silniejszem powiększeniu (320 razy) igły te miały kształt pryzm (Fig. 2, 3). Rozbiór chemiczny stwierdził: próba mureksydowa dała wyraźną barwę purpurową, cechującą dla moczanów. Dla upewnienia się, czy masa ta zawiera także przymieszki fosforanów, zrobiono próbę z kwasem molibdenowym; wynik był ujemny (żółtego koloru nie było). Zatem masa ta składa się z moczanu sodowego i wapniowego.

Po przybyciu do lecznicy, zalecono choremu kąpiele szlamowe, których, przy swem osłabieniu, nie mógł znosić codziennie, lecz tylko z przerwami. Do końca sezonu wziął ich jednak 24. W czasie pobytu w lecznicy czuł się dobrze, opuścił zakład w końcu sierpnia. Widziałem go znowu w czerwcu 1897 roku, był wesół, miał zdrową cerę, siły wróciły, przybyło kilkanaście funtów na wadze. Chory opowiadał, że z bojaźnią oczekiwał powrotu ostrych nasileń choroby, ale te nie wróciły przez całą zimę i wiosnę. Tępe bóle, chociaż pojawiały się, lecz były znośne. Nowych złogów nie stwierdzono; stare obrzęki wogóle zmalały. Ruchomość znacznie łatwiejsza. Chory chodzi nierównie lepiej i nie męczy się tak łatwo. Opowiada, że jeździł dość często konno, pełniąc swą służbę wojskową.

Na nieszczęście, znalazły się przeszkody nie do zwalczenia, dla których nie mógł powtórzyć leczenia w roku 1897, jak to było zamierzonem. W końcu sierpnia 1897 r. donosił mi, że po odbytej niewielkiej morskiej podróży, miał nowy napad ostrych bólów, chociaż względnie słaby.

W roku 1898 postanawia powtórzyć leczenie.

W roku 1897, przybył do lecznicy Dr. P. z Petersburga, lat 49. Opowiada, że pochodzi z rodziców zdrowych, chociaż mu wiadomo, że w rodzinie były przypadki dny, lecz chorych tych osobiście nie znał i bliższych o nich szczegółów udzielić nie może. Przed trzema laty zauważył, że się jego zdrowie psuje. Od czasu do czasu występowały bóle w stawach, a w ciągu ostatnich dwóch lat zauważył wokoło niektórych stawów obrzęki, które raz powstawszy, już nietylko nie mijały, lecz stopniowo się zwiększały. Świeżo oddany mocz był mętny. Rozbiory, dokonane przez Prof. Pehla w Petersburgu, wykazały: odczyn kwaśny, długo utrzymujący się i białko. Osad składał się ze śluzu, komórek nabłonkowych, wałeczków w dość znacznej ilości; zresztą z kryształów szczawianu i fosforanu wapniowego.

Na tablicy III. widzimy Röntgenowską fotografię prawej jego ręki. Wyraźny jest obrzęk na średnim stawie małego palca, który trwa już od kilkunastu miesięcy; na drugiej ręce są również podobne obrzęki, chociaż mniej wyraźne. Na małżowinach obu uszów złogi dnawe (tophi arthritici). Prof. Pehl wydobył masę z jednego z tych złogów, rozebrał ją i znalazł, że się składa z dwumoczanu sodowego. Naciąłem także jeden z tych złogów; dobyta masa była biała i przypominała zupełnie tę, która pochodziła z ręki Jenerała B., którego historyę choroby wyżej podałem. Pod mikroskopem przy znaczniejszem powiększeniu, składała się ona z takich samych igieł pryzmatycznych. Rozbioru chemicznego, na mą prośbę, dokonał Prof. chemii, Petriew i znalazł sole dwumoczanu wapna i sody. Ponieważ w rozbiorze Prof. Pehla nie wspomina się o wapnie, więc przytaczam tu przebieg rozbioru. Próba mureksydowa dała barwę purpurową, co świadczyło, że mieliśmy do czynienia z solami kwasu moczowego. Dla przekonania się, że niema przymieszki fosforanów, zrobiono próbę z kwasem molibdenowym, która dała wynik ujemny. Potem spalono część rozbieranej masy, dla wydalenia części organicznych. Pozostałość rozpuszczono w kwasie solnym, następnie osadzono wapno przez dodanie kwasu szczawiowego. Wyraźne kształty nie zostawiały wątpliwości, że mieliśmy przed sobą kryształy szczawianu wapniowego, które odłączono przesączaniem. Pozostały płyn zgęszczono, a pozostałość wyżarzono, aby się pozbyć pozostającego jeszcze kwasu szczawiowego; po rozpuszczeniu i wyprażeniu wystąpiły kryształy sześcienne soli kuchennej i chlorku amonowego. Pokazało się więc, że masa ta składa się z soli dwumoczanu wapna i sody, przyczem dwumoczanu wapna była ilość większa.



Chory przybył do Odessy w sezonie kończącym się i mógł wziąść tylko kilkanaście kąpieli szlamowych na Limanie Chadżybeyskim.

Przy wyjeździe oświadczył, że się czuje nierównie lepiej. Widocznych zmian patologicznych nie było. Co się stało dalej? na razie nie mam jeszcze wiadomości.

Trzeci chory, P. M., był człowiekiem młodym, 30 lat liczącym. Przybył do lecznicy w sierpniu 1897 roku. Cierpienia jego zaczęły się przed kilku laty i z początku bóle w różnych stawach i mięśniach były nie zbyt silne. Półtora roku temu chory zauważył, że nogi jego ociężały i stawy utraciły swobodę ruchów, osobliwie w kolanach i palcach kończyn. Chory opowiadał, że ma takie uczucie, jakoby nogi jego były obrzękłe i związane przy chodzeniu. Przeszłej zimy miał napad bólów ostrych, szczególnie w kończynie prawej bóle były silne i długotrwałe. Przeleżał w łóżku około trzech miesięcy. Bóle te traktowano, jako gośccowe, więc polecano salicylan sodowy i jod. Wiosną ostre bóle ustały, lecz chód zawsze pozostał utrudniony, tętno uderzało około 100 razy na minutę, było drobne; tony serca prawidłowe, osłabienie ogólne, poty prawie ciągłe i dość silne, zwłaszcza rąk i nóg. Ostatnie falangi palców u rąk i nóg zgrubiałe, jak to widzieć możemy na Tab. IV, przedstawiającej Röntgenowską fotografię ręki chorego.

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że pradziad chorego jeździł często do Karlsbadu, w celu leczenia się z dny. Ojciec cierpiał mało, ale jeden ze stryjów chorego cierpiał długie lata na silnie rozwiniętą dnę i umarł z tej choroby. U dwóch braci stryjecznych, ludzi jeszcze młodych, wystąpiły już objawy dny. Świeżo oddany mocz bywał mętny; rozbiór moczu robiono kilka razy w Odessie (przez Dra Chęciń-

skiego). Wynik rozbioru, dokonanego w m. maju 1897 r., był następujący: C. g. = 1,0198, odczyn silnie kwaśny, utrzymujący się długo; kryształy kwasu moczowego nie opadają; osad składa się z pierwia-



stków organizowanych, jakiemi są: śluz, komórki nabłonkowe i znaczna ilość kryształów szczawianu wapniowego.

Drugi rozbiór, dokonany 10 czerwca, wykazał: C. g. 0,020. Na tysiąc części moczu przypada części stałych 46,6 grm. Kwas moczowy w ilości niewielkiej, kryształy jego nie opadają; w osadzie dużo fosforanów, więcej, niż bywa zwykle. Szczawianu wapniowego ilość znaczna.

Trzeci rozbiór, wykonany d. 29 sierpnia, wykazał: na 1,000 części moczu było części stałych 58,15 grm., kwasu moczowego mało, fosforany w ilości umiarkowanej. Szczawianu wapniowego ilość znaczna. Osad składają: kryształy szczawianu wapniowego i fosforany wapniowe. Śluz i komórki nabłonkowe. Białka i wałeczków nie znaleziono.

Chory ten pił w maju wodę karlsbadzką, potem Vichy. Jak widzimy, rozbiory moczu wykazały te objawy, które zwykle stwierdzamy w dnie, a mianowicie: mocz kwaśny, zachowujący długo ten odczyn w moczu stojącym; kwasu moczowego względnie było mało; mocz świeżo oddany bywał mętny; zawierał on oprócz śluzu i nabłonka znaczną ilość szczawianu wapniowego i fosforanów wapniowych. U tego chorego nie mogliśmy otrzymać masy moczanowej ze złogów (tophi) do rozbioru, jak w dwóch przypadkach poprzednich, w których złogi te były na powierzchni i dostępne; przeto i analiza chemiczna nie mogła stwierdzić przyrody złogów i ich tożsamości. Ale dziś posiadamy sposób rozpoznawania ich przyrody, a to sposobem następującym: u chorego tego miały miejsce stałe zgrubienia ostatnich falang palców na rękach i nogach, w kształcie obrzęków, podobnych do tych, jakie widzieliśmy na małym palcu w drugim z opisanych tu przypadków u Dra P. (Tab. III). Fotografie Röntgenowskie wykazują jasno, że końce małych kosteczek ostatniej falangi, właśnie w miejscach zgrubiałych, nie mają równych konturów. Wyraźnie możemy na nich widzieć jaśniejsze miejsca i nierówności, pochodzące ze złogów podagrycznych; tak samo jak je widzimy w kościach małego palca u Dra P. na (Tab. III, w zgrubiałym średnim stawie. Zauważyć tu należy, że





w gośccu, chociaż stawy bywają znacznie obrzękłe i twarde, nigdy Röntgenowskie fotografie nie dają tych plam jasnych. Przeciwnie, końce kości i same stawy zaznaczają się barwą więcej ciemną, stawy wyglądają, jakby pozrastane kostną masą. (Tab. V).

Dla dokładnego więc zbadania istoty dny radiografia daje nam cenny sposób rozpoznawania. W tym razie przeświecanie na ekranie nie jest dostatecznem; fotografia jaśniej uwydatnia szczegóły, a prócz tego rozejrzenie się jest na fotografii swobodniejsze.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek dzieciobójstwa

podał

Dr. Włodzimierz Sieradzki,

asystent zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Końcowe nasze orzeczenie brzmiało jak następuje:

Orzeczenie.

I. 1) Obwiniona Ludwika S. urodziła w nocy z 25 na 26 października 1897 r. dziecię płci męzkiej, które było donoszone, należycie rozwinięte, tem samem do życia zdolne.

2) Dziecię to urodziło się żywem i żyło tylko przez krótki czas.

3) Przyczyną śmierci dziecka było uduszenie się jego w treści kloacznej. Ponadto okazywało ono rozległe obrażenia tak sklepienia, jak i podstawy czaszki, opon mózgowych, oraz mózgu, zadane dziecku za życia, które musiałyby były sprowadzić śmierć dziecka, gdy ta nie była już wcześniej nastąpiła wskutek uduszenia wyżej wspomnianego.

II. Wobec zeznań obwinionej i przebiegu śledztwa nasuwają się następujące pytania, wymagające wyjaśnienia lekarskiego:

1) czy obwiniona mogła była niewiedzieć o tem, że odbywa poród?

2) czy poród obwinionej mógł być niezwykle szybkim, tak zwanym — ulicznym?

3) czy obrażenia czaszki, opon i mózgu dziecka były zadane w sposób czynny, przed wrzuceniem dziecka do kanału, czy też powstały one wskutek upadku dziecka i uderzenia się główką o podstawę kanału?

III. W odpowiedzi:

ad 1) Kobieta ciężarna może wyjątkowo zapoznać czynność porodową, a to mianowicie w tych razach: jeźli a) kobieta jest obłąkana lub umysłowo zniedołężniała, jeźli b) jest pierwszy raz w ciąży, zwłaszcza po akcie obcowania płciowego, odbytym w stanie nieprzytomnym, lub jeżeli c) nie zaszła zrazu przez dłuższy czas, n. p. przez ciąg kilku lat w ciążę, mimo obcowania płciowego, tak, że utraciła wiarę w możność wystąpienia u niej ciąży.

Gdy w danym przypadku żadna z rzeczonych okoliczności nie zachodzi, gdy obwiniona była dostatecznie świadomą swego stanu, gdy niema najmniejszej podstawy do przypuszczenia, iż w chwili porodu była nieprzytomną i gdy nadto miała już doświadczenie w tym kierunku, będąc już poraz wtóry w ciąży i rodząc już poraz wtóry, przeto jest rzeczą pewną, że nie mogła nie wiedzieć o tem, że odbywa poród.

ad 2) Doświadczenie lekarskie uczy, że poród następuje niekiedy tak niezwykle szybko, że kobieta brzemienna zostaje porodem zaskoczona w niewłaściwem miejscu, n. p. na ulicy, wskutek czego też tak nagły poród nazwano ulicznym. W myśl tego doświadczenia rozróżnia się dwojakiego rodzaju poród uliczny, z których pierwszy jest porodem ulicznym w ścisłem znaczeniu słowa, to znaczy, że cała czynność porodowa, t. j. wszystkie okresy porodu trwają niezwykle krótko, zaś drugi jest tylko względnie ulicznym, gdyż pierwsze dwa okresy porodowe trwają prawidłowo długo, to jest conajmniej kilka godzin, zaś okres trzeci, to jest okres wydalenia płodu na zewnątrz, — niezwykle krótko. Największa liczba porodów ulicznych wydarza się u kobiet rodzących poraz pierwszy, a to z tej przyczyny, że te, nieznając jeszcze objawów porodu, mogą je łatwiej przeoczyć. Poród uliczny w ścisłem znaczeniu słowa wydarza się względnie rzadko i to wówczas, gdy albo drogi porodowe matki są zbyt obszerne w stosunku do prawidłowego płodu, lub gdy płód będąc n. p. niedonoszonym, jest małym w stosunku do prawidłowych dróg porodowych matki. Drugi zaś rodzaj porodu ulicznego wydarza się także i przy prawidłowym stosunku dróg porodowych do płodu, a doświadczenie uczy nadto, że ten rodzaj ulicznego porodu jest nierównie częstszym od pierwszego.

Opierając się na powyższych, nauką i doświadczeniem zdobytych faktach, można w danym przypadku stanowczo wykluczyć możność porodu ulicznego w ścisłem znaczeniu słowa, a to z tego powodu, że tak kanał rodny obwinionej, jak i wymiary ciała jej płodu, były prawidłowe, zatem nie okazywały względem siebie owego koniecznego niestosunku wymiarów dróg rodnych względem wymiarów płodu, lub odwrotnie, niestosunku, dozwalającego płodowi z łatwością i bez przeszkód wydostać się na zewnątrz.

O ile na podstawie samych oględzin obwinionej da się stanowczo wykluczyć poród uliczny w ścisłem znaczeniu słowa, o tyle nie da się żadną miarą na tej samej podstawie wykluczyć drugiego rodzaju porodu ulicznego; owszem, wynik oględzin zezwala w zupełności na przypuszczenie niezwykle szybkiego przebiegu okresu wydalenia (ekspulsyi) płodu.

Obwiniona tłómaczy się, iż czując parcie na stolec, udała się na wychodek i tu z niej dziecię wypadło do kloaki. Za odbyciem porodu na wychodku, zatem w myśl tłómaczeń obwinionej, przemawiają także ślady krwi, znalezione w wychodku, zwłaszcza na tylnej jego ścianie, na desce stolcowej i na denku; zaznaczyć zaś należy, iż potrzeba oddania stolca, którą Ludwika S. tłómaczy swe udanie się na wychodek, jest u rodzących bardzo naturalną i zwykłą, gdyż wśród porodu, zwłaszcza nieprzygotowanego po lekarsku, rodzące zazwyczaj odczuwają nieprzepartą tę potrzebę i niejednokrotnie wśród aktu porodowego oddają mocz i kał.

Oględziny miejsca stwierdziły, iż rura, wiodąca treść kloaczną z wychodków do kanału, za wyjątkiem tylko początkowego, w wychodku umieszczonego krótkiego zagięcia od muszli, przebiega prostopadle od drugiego piętra aż do dołu kloacznego.

Z drugiej strony sekcya zwłok noworodka Ludwiki S. wykazała dokładne wypełnienie powietrzem płuc, żołądka, oraz dwunastnicy, wobec czego nie ulega wątpliwości, iż dziecię po urodzeniu musiało czynić swobodne wdechy. Wdechy te mogły mieć miejsce a) albo na wolnem powietrzu, jeśli się dziecię nie urodziło nad otworem wychodka, b) jeśli, urodziwszy się nad wychodkiem, zatrzymało się przez pewien krótki, ale na wykonanie kilku wdechów wystarczający, czas w muszli wychodka, c) albo wreszcie na dnie kanału; nie jest bowiem do prawdy podobnem, aby w ciągu tak krótkiego czasu, jaki upłynął podczas spadania dziecka bez przeszkody przez prostą i szeroką rurę spustową do kanału, mogło dziecię wykonać tak wydatne wdechy, by napełnić doskonale powietrzem płuca, żołądek, oraz dwunastnicę. Swobodne oddechanie powietrzem na dnie kanału wyklucza z jednej strony okoliczność, iż zwłoki noworodka znalezione zostały z twarzą zwróconą i wbitą do kału, z drugiej zaś strony wynik sekcyi, stwierdzający obecność treści kałowej w najgłębszych drogach oddechowych; dziecko tam bowiem wykonywało ruchy oddechowe, ale, zamiast powietrza, wciągało tylko treść kałową do płuc, już poprzednio powietrzem wypełnionych. Zostają zatem tylko dwie pierwsze możliwości, t. j. urodzenie się dziecka poza otworem wychodka, lub zatrzymania się go przez pewien, może krótki, czas w muszli wychodka. Śledztwo nie dostarczyło żadnych dowodów do przypuszczenia odbycia porodu poza wychodkiem, zaś według tego co wyżej powiedziano, zasługuje w zupełności na wiarę podanie obwinionej, iż rodziła na wychodku; w takim zaś razie tam odbył się tylko ostatni, być może bardzo szybki, okres porodu, t. j. wydalenie (ekspulsya) płodu, poczem jednak, według tego co wyżej powiedziano, mianowicie, iż dziecko potrzebowało pewnego czasu, by wypełnić dokładnie powietrzem swe płuca, żołądek, oraz dwunastnicę, nie wpadło ono natychmiast do kanału, lecz chwilkę zatrzymało się w muszli wychodka.

Podczas pierwszych zatem okresów porodu, które trwały prawidłowo długo, Ludwika S. miała stanowczo dosyć czasu do przygotowania się do porodu, względnie zawezwania odpowiedniej pomocy; w chwili zaś tuż po porodzie, gdy się dziecko przez pewien czas zatrzymało w muszli wychodka, ratunek dziecka był jeszcze wprawdzie możliwy przez sięgnięcie ręką do muszli i pochwycenie dziecka, czynność ta jednak, ze względu na stan obwinionej w tej chwili, jako rodzącej, na panującą ciemność, wreszcie, ze względu na ślizgość powłok dziecka, była dla niej istotnie bardzo trudną.

Ad 3) Za podstawę do rozstrzygnięcia tego pytania zasadniczego posłużyły nam doświadczenia, jakie w tym celu przedsięwzięliśmy ze zwłokami noworodków w Zakładzie sadowo-lekarskim. Doświadczenia te były wykonywane w ten sposób, że puszczano całkiem wolno zwłoki noworodków donoszonych z wysokości trzech piąter (z uwagi na tę okoliczność, iż w danym przypadku spadło dziecię obwinionej z wychodka II-go piętra aż do kanału, znajdującego się poniżej parteru, że zatem spadło właściwie z wysokości niemal trzechpiętrowej) głową w dół zwróconą i pionowo, już to na twardą ciosową podstawę, już też do paki, której dno było wyścielone głazem, pokrytym do wysokości kolan dorosłego mężczyzny dochodzącym (czyli 55 ctm. grubym) pokładem kału ludzkiego, o tyle gęstego, że położone nań zwłoki donoszonego noworodka, nawet po dłuższym czasie, w nim nie tonęły. Wynik doświadczeń tych stwierdził przedewszystkiem, co zresztą z góry można było przypuścić, że główka dziecka wolno padającego z wysokości 3 piąter na ciosową podstawę doznawała wielokrotnego złamania tak sklepienia jak i podstawy czaszki. Następnie zrzucono zwłoki dwojga dzieci z wysokości trzech pięter do paki z kałem. W jednem doświadczeniu zwłoki dziecka (kilkunastodniowego, a więc nieco cięższego niż noworodki prawidłowe) zanurzyły się w zupełności w kale, główką dosięgły dna kamiennego i odniosły liczne złamania sklepienia i podstawy czaszki. W drugiem doświadczeniu zwłoki noworodka donoszonego, tych samych wymiarów co dziecko Ludwiki S., zanurzyły się w większej części w kale, lecz część jednego barku i potylica główki były na powierzchni widoczne, a zwłoki w całości nie sięgały dna paki; mimo to jednak stwierdzono liczne złamania sklepienia i podstawy czaszki. Powstanie tych obrażeń, w tem ostatniem doświadczeniu, tłómaczyć sobie należy samem uderzeniem główki dziecka o powierzchnię kału, wskutek tak znacznego rozpędu, jaki ciało przybiera przy spadaniu z tej wysokości. Wobec tego zeznania, względnie twierdzenia kanalarzy, iż dziecię nie mogło przebić warstwy kału i dna kanału dosięgnąć, aczkolwiek zupełnie słuszne już choćby dla tego, iż dziecię znaleziono leżące na powierzchni kału, nie mają, co do przyczyny powstania uszkodzeń na główce dziecka Ludwiki S., żadnego znaczenia; doświadczenia nasze bowiem stwierdzają stanowczo, iż uszkodzenia te mogły powstać przy samym upadku dziecka główką na powierzchnię kału, a skutkiem tego dalszy wniosek kanalarzy, iż dziecko nie mogło sobie rozbić główki w samym kanale, okazuje się zupełnie błędnym.

IV. Zestawiając pokrótce wynik dochodzeń naszych, co do 3 zasadniczych dla sprawy pytań, orzekamy:

a) obwiniona musiała wiedzieć, że się u niej odbywa poród;

b) poród ten w pierwszych okresach przebiegł zupełnie prawidłowo, ostatni zaś okres mógł się odbyć bardzo szybko; po porodzie jednak dziecię nie dostało się natychmiast do treści kałowej;

c) obrażenia główki noworodka, mimo iż ten przy upadku nie przebił warstwy kału i nie dosięgnął dna kanału, mogły powstać przez samo upadnięcie dziecka na powierzchnię kału.

Po wyczerpaniu śledztwa Prokuratorya Państwa wniosła przeciwko Ludwice S. akt oskarżenia o to, iż w nocy z dnia 25 na 26 października w ten sposób rozmyślnie działała, iż dziecię jej, urodzone tejże nocy, śmierć poniosło, a mianowicie twierdzi akt oskarżenia, iż Ludwika S., wiedząc, że za chwilę urodzi dziecię, rozmyślnie udała się na wychodek, by je tam urodzić i by ono zaraz po urodzeniu wpadło do kanału i tam śmierć znalazło. Rozprawa główna nie wykazała żadnych nowych szczegółów poza znanymi już ze śledztwa. W orzeczeniu lekarskiem na rozprawie zestawiliśmy, podobnie jak w śledztwie, całą sprawę, na szczególne zaś pytanie obrońcy zaznaczyliśmy z jednej strony, iż parcie na stolec, występujące wśród porodu, może być i bywa często nadzwyczaj silne tak, że nieraz rodzące w klinikach należy powstrzymywać w łóżku, by nie udały się do wychodka, z drugiej zaś strony, aczkolwiek obwiniona wiedziała, iż odbywa poród, nie można wcale twierdzić, aby

wiedziała o tem, iż właśnie, w chwili udania się jej do wychodka, właściwy końcowy akt porodu nastąpi.

Trybunał postawił ławie przysięgłych tylko jedno pytanie, w myśl aktu oskarżenia, nie uwzględniwszy wniosku obrony o postawienie dodatkowego pytania w kierunku zaniedbania wezwania odpowiedniej pomocy. Przysięgli jednogłośnie zaprzeczyli postawione pytanie, wskutek czego Ludwika S. została zupełnie uwolnioną.

Zdaje mi się, iż bliższych objaśnień do całej sprawy nie potrzebuję dodawać; zaznaczam tylko jeszcze raz, jak doniosłe w swych następstwach miały dla całej sprawy nasze tak proste doświadczenia. Okoliczność ta stwierdza jeszcze raz zdanie wielkich mistrzów, iż podobnie, jak dla innych działów medycyny, tak i dla medycyny sądowej, tylko droga doświadczalna jest właściwą drogą rozwoju i postępu.

IV. O stanach nieżytowych cewki moczowej u mężczyzn.

Podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Jeżeli nieżyty cewki, o których dotąd była mowa, wynoszą tylko mały odsetek, to resztę stanowią te sprawy nieżytowe, które powstały na tle przebytej rzeżączki. Stany te nazywa Sänger „residuale Gonorrhoë", dodając wyraźnie, że mianem tem obejmuje jedynie te przewlekłe zapalenia cewki których wydzieliny straciły pierwiastek zakaźny, t. j. *gc.* Nazwa ta wydaje mi się nie zupełnie odpowiadającą istocie rzeczy. Z pojęciem bowiem „gonorrhoea" łączyć zwykliśmy drugie, t. j. pojęcie zakaźności. Z tego powodu może odpowiedniej byłoby nazwać te stany „nieżytem przewlekłym porzeżączkowym" (urethritis catarrhalis postgonorrhoica). Sądzę że na jedno zgodzić się można, t. j. że rzeżączka u mężczyzny, w pojęciu choroby zakaźnej, jest bezwzględnie uleczalną. Czas potrzebny do osiągnięcia tego może być różny (zależnie od powikłań, zajęcia narządów gruczołowych i t. d.) „une chaude pisse commence, Dieu le sait quand elle finira" trafne zdaje mi się określenie Riccorda. Z chwilą jednak usunięcia rzeżączki, czyli, co na jedno wypada, zniszczenia *gc.*, nie zawsze kończy się sprawa zapalenia doszczętnego cewki. Im rzeżączka, jako taka, trwała króciej, i w miarę tego mniej stósowano wstrzykiwań, przepłókiwań, czy innych zabiegów, które, ze swej strony, stanowiły, obok rzeżączki, bodziec chemiczny lub mechaniczny, tem „restitutio ad integrum" jest prawdopodobniejsze. Błona śluzowa wraca do stanu prawidłowego, mocz nie zawiera takich składników, jak nitki, strzępki i t. d., któreby wskazywały na zajęcie błony śluzowej. Tak być może i bywa po rzeżączce krótko trwającej. Jednak i w tych razach spotykamy się z obrazem lekkiego nieżytu cewki, którego przyczyna leżeć może albo w zmianach nieżytowych narządu gruczołowego cewki, wywołanych przez rzeżączkę, lub też w dostaniu się na błonę cewki różnych drobnoustrojów. W pierwszym razie możnaby mówić o okresie aseptycznym, będącym w związku ze zmianami mikroskopowo-anatomicznemi gruczołów cewki, w drugim o okresie zakażeń wtórnych. Jeżeli rzeżączka trwała długo, lub jeżeli w pewnym przeciągu czasu miało miejsce kilkakrotne zakażenie, jeżeli w miarę tego stósowano dużo zabiegów leczniczych na błonę cewki, to często zdarza się, że błona śluzowa cewki, choć rzeżączka w pojęciu choroby zakaźnej została usuniętą, nie powróci, jeżeli się tak wyrazić można, do swego dziewiczego stanu. Błona śluzowa cewki przedstawiać może w tych przypadkach zmiany anatomo-patologiczne różnego nasilenia i stopnia, począwszy od zmian samego przybłonka, aż do nacieków, zgrubień błony śluzowej i następowych zwężeń światła cewki. Jako objaw kliniczny znajdziemy wypływ śluzowy w mniejszej lub większej ilości, lub w miejsce niego tylko strzępki i nitki wydzieliny śluzowej w moczu. Oberländer[1]) stworzył różne nazwy dla określenia tych stanów przewlekłego nieżytu cewki, jak: *urethritis glandularis proliferans, urethr. gland. stringens, urethr. follicularis stringens* i t. d., zależnie od przeważających zmian anatomo-patologicznych. Nim naturalnie w danym przypadku rozstrzygnie się, że rzeżączka straciła swój pierwiastek zakaźny, czyli że mamy przed sobą obraz tylko nieżytu cewki, trzeba przeprowadzić cały szereg badań w tym kierunku, z zachowaniem możebnie ścisłej krytyki, bo pomyłka w tym względzie pociąga szereg dalszych — w leczeniu i rokowaniu. Mnie się wydaje, że podział taki rzeżączki nie jest tylko wyrozumowanym, ale odpowiada codziennemu spostrzeganiu, a nabiera doniosłości z innego punktu widzenia. Jeżeli bowiem poprzednio zaznaczyłem, że podług mojego rozumienia rzeczy i doświadczenia, rzeżączka u mężczyzny w pojęciu choroby zakaźnej jest zawsze uleczalną, to nie można tego powiedzieć o nieżytach następowych porzeżączkowych. Weźmy np. przypadek taki, w którym sprawa rzeżączkowa doprowadziła do nacieków w błonie śluzowej i podśluzowej, następowych zwężeń, jednem słowem do zmian anatomicznych w utkaniu błony śluzowej, których wyrazem będzie skąpa wydzielina z cewki, lub tylko kilka strzępków takowej w moczu, to trudno kusić się wtedy o zupełną „restitutio ad integrum". W wyborze środków leczniczych nie ograniczymy się wtedy do leków ściągających, ale użyjemy sond, środków przyżegających, jak roczynów azotanu srebrowego, siarkanu miedziowego, które, ze swej strony, znów będą stanowić nieobojętny bodziec mechaniczny, czy chemiczny. Nie trudno w takim wypadku wpaść w koło błędne, z którego trudno o wyjście dla leczącego i leczonego. Osięgło się znaczną poprawę, zredukowało się ilość strzępków i nitek, ale pozostała jeszcze jakaś niteczka śluzu, widmo postrachu dla nerwowego pacyenta. Położenie syfilidologa bywa nieraz kłopotliwe w tych razach. Gdyby pacyenci n. p. z nieżytem żołądka podobnie łatwo, jak z nieżytem cewki, mogli codziennie przejrzeć i zbadać zawartość swojego żołądka, to zdaje mi się, nie byłoby przypadku wyleczenia, bo ślad śluzu w postaci obłoczka lub strzępka, chociaż dawno wszystkie przypady podmiotowe ustąpiły, bez końca sprowadzałby ich do lekarza. Te uporczywe do usunięcia nieżyty cewki niesłusznie obciążają rokowanie rzeżączki przewlekłej, która, jako choroba zakaźna, zawsze wyleczyć się daje. W przebiegu rzeżączki granica, dzieląca ją w danym razie na dwa niejako okresy, t. j. pierwszy zakaźny, drugi następowy, wolny od *gc.* ma swoje doniosłe znaczenie w zastósowaniu praktycznem. Najbliżej dotyczy ono kandy-

---

[1]) Beiträge zur Path. und Ther. des chronischen Trippers.

datów do stanu małżeńskiego, a jest to odsetek spory bardzo gorliwej w leczeniu klienteli syfilidologa. Jak długo nie znano zarazka swoistego rzeżączki i ograniczano się tylko do badania makroskopowego, o pomyłkę było nie trudno. Raz nitka taka w moczu była czysto śluzową, jako wyraz nieżytu, zakażenie w małżeństwie nie miało miejsca; w innym przypadku taka sama nitka stawała się przenośnikiem choroby ciężkiej dla kobiety. Bywał to nieraz ślepy traf. Zdaje mi się, że każdy z lekarzy, który się tym działem chorób więcej zajmuje, mógłby przytoczyć dosyć własnych spostrzeżeń, dotyczących pacyentów, którym pozwolił wejść w związek małżeński, mimo śluzowej wydzieliny z cewki, jako takiej, pod postacią nitek i strzępków w moczu, nie doczekawszy się ztąd przykrych następstw przeniesienia rzeżączki na kobietę. Gdyby wszyscy ci, w których moczu rannym znajdzie się jakaś nitka śluzu nie mieli i nie mogli się żenić, to chyba statystyka małżeństw uledz by musiała olbrzymiej redukcyi. Dziś badanie mikroskopowe, w wątpliwych przypadkach założenie hodowli, chroni w tym kierunku od pomyłek, jakie dawniej przy najlepszych chęciach zdarzać się musiały.

W rozpoznawaniu samoistnego nieżytu cewki, lub jako objawu towarzyszącego innemu cierpieniu, opierać się możemy tylko na badaniu mikroskopowem, a skoro to upewni nas o braku *gc.*, szukać należy innej przyczyny. Badanie mikroskopowe objaśni nas w danym przypadku, że nie mamy do czynienia z rzeżączką, nie wyświecając naturalnie czynnika etyologicznego nieżytu. Trudność w jego odszukaniu bywa nieraz znaczna, a raczej nieraz wprost odszukać go nie potrafimy, co pociąga dalsze trudności w leczenie i rokowaniu. Co do rokowania to, na podstawie własnych spostrzeżeń, zdaje mi się, wskazaną jest w tych razach pewna ostrożność. Nieżyty bowiem samoistne cewki, których przyczyny nie udało nam się wykryć, bywają nieraz bardzo uporczywe do usunięcia. Są przypadki, w których dwa lub kilka przepłukań cewki, n. p. słabym roztworem octanu glinowego, azotanu srebrowego itd. usunie wszelki ślad zajęcia błony śluzowej; w innych zaś, leczenie przeciąga się i trwa niestosunkowo długo do lekkiego nasilenia cierpienia. Co do strony zakaźnej tych nieżytów, t. j. możebności przeniesienia na drugiego osobnika, to na podstawie dotychczasowych badań, których za wykończone uważać nie można, i ogłoszonych w tym kierunku spostrzeżeń, zdaje się, że może tylko w bardzo odosobnionych przypadkach obawa ta zachodzić może. Wyjątek naturalnie stanowić będą nieżyty w przebiegu drugorzędnej kiły, ze względu na naturę głównego cierpienia.

W leczeniu nieżytów uwzględnić należy cierpienie główne, jeżeli nieżyt cewki jest tylko jego objawem, np. w fosfaturyi, skazie moczanowej, kile itd. W przypadkach nieżytów, które pojawiają się po spółkowaniu, wypadnie użyć przepłókiwań środkami ściągającymi; jeżeli zaś w wydzielinie znajdują się liczne drobnoustroje, jako domyślny powód nieżytu, stósować należy przetwory odkażające. Rozpoznawanie, rokowanie i leczenie nieżytu porzeżączkowego, którem to mianem określam stany patologiczne cewki, nazywane najczęściej „rzeżączką przewlekłą“ (pospolicie trypem chronicznym), pomijam, jako przekraczające ramy tej krótkiej pracy.

Celem moim bowiem było zwrócić uwagę, że obok rzeżączki, jakkolwiek bez porównania rzadziej, zdarzają się przypadki nieżytów cewki, które różnią się od niej swoim przebiegiem klinicznym, mają odmienne przyczyny etyologiczne i inaczej zachowują się pod względem leczenia i rokowania.

V. Wyciągi.

J. Lenz: **Leczenie rzeżączkowego zapalenia przyjądrzy gwajakolem.** (*Wien. klin. Rundsch.*, 1898, Nr. 4, 5). Przeszedłszy kolejno wszystkie dawniejsze sposoby leczenia tego cierpienia, opisuje autor wyniki po zastosowaniu gwajakolu u 52 chorych, leczonych na klinice Prof. Janowskyego. Użycie tego środka w zapaleniu przyjądrza wprowadzili Balzer i Lacour; wkrótce po nich wielu autorów poczęło stosować gwajakol w różnych rozcieńczeniach i w różny sposób. Lenz przykłada, po dokładnem obmyciu worka mosznowego, 10% maść gwajakolową z waseliną, rozsmarowaną na gazie, którą przykrywa batystem Billrotha, wreszcie grubą warstwę waty i suspensoryum, przyczem chory powinien leżeć w łóżku. Smarować należy dwa razy dziennie, póki ból, gorączka i obrzęk przyjądrza nie ustąpią. Równocześnie podaje L. wewnętrznie trzy gramy salolu dziennie. Gdy objawy zapalne ustąpią, zaleca maść Zeissla (Extr. Bellad. 0,5 — 1,0 Ung. Diach. Ung. simpl. aa 25,0). Maść gwajakolowa działa wedle L. nader wybitnie już po kilku godzinach na ból i gorączkę tak, że mimo nieużywania środków uśmierzających ból i przeciwgorączkowych, ciepłota szybko (po 1—2 godz.) opada do prawidłowej, a boleści prawie zupełnie ustępują. Podobnie działa ten środek i w przypadkach zapalenia sznurka nasiennego, dlatego autor nader gorąco go zaleca. *F. K.*

L. Lewin: **O przechodzeniu ciał stałych i powietrza z pęcherza do nerek i obiegu krwi.** (*Deut. m. Woch.*, 1897, Nr. 52). Autor zbija dawne zapatrywanie, jakoby płyn z pęcherza nie mógł przechodzić wyżej przez moczowody, aż do miedniczek nerkowych; doszedł on do tego wniosku przez doświadczenia, które wykazują, że wstrzyknięty roztwór błękitu metylowego do pęcherza, wkrótce po wstrzyknięciu dostawał się do moczowodów i miedniczek nerkowych. Podobne doświadczenia z rozpuszczonym w wodzie i gumie arabskiej ultramarinem, lub zawiesinie wodnej „melosira nummulans“ udowadniają, że i części stałe w ten sposób z pęcherza wyżej przechodzić mogą; Lewin dopatruje przyczyny tego zjawiska w parciu śródpęcherzowem, które ma przezwyciężać zastawki moczowodów. Jednocześnie spostrzegał L. przejście barwika z miedniczek nerk. do przewodów moczowych, przestworów chłonnych i naczyń krwionośnych nerki. Wreszcie, w pewnych przypadkach, znajdował autor barwik nawet w sercu, w naczyniach płucnych i wątrobie. Doświadczenia te, wykazujące naturalne połączenie między pęcherzem moczowym a sercem i w kierunku odwrotnym, są wielkiego znaczenia, bo one dają możność wytłómaczenia nagłej śmierci po wstrzyknięciu powietrza do pęcherza, a wreszcie rzucają nieco światła na powstawanie niektórych zakażeń ogólnych. *F. K.*

C. Grube: **Łuszczyca w stosunku do dny i moczówki cukrowej.** (*Ber. klin. Woch.*, 1897, Nr. 52). W literaturze znajduje autor wzmianki o stosunku dny i moczówki cukrowej do łuszczycy. Autor przytacza 9 przypadków łuszczycy, powstałej, wedle niego, na tle dny. W 7 z tych przypadków odnosi spostrzeganą moczówkę cukrową do skazy dnowej. *F. K.*

Dr Franz: **Przypadek laparotomii, wykonanej w celu odprowadzenia macicy tyłozgiętej i uwięzgniętej, ciężarnej w 7 miesiacu.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 1, 1898 r.). Przypadek opisany przez F. należy do wyjątkowych i tą okolicznością można poniekąd tłómaczyć, że ani

lekarz domowy, który rodzącą skierował do kliniki, ani lekarze zakładowi, nie uczynili prawdziwego rozpoznania, co nastąpiło dopiero podczas zabiegu operacyjnego. Oto w krótkości przebieg przypadku: Rodząca, 18-letnia, pierwiastka, która ostatnią regularność miała mieć przed 7½ miesiącami, a u której od trzech miesięcy istniało zaparcie stolca i trudności w oddawaniu moczu, przybyła do kliniki z powodu przeciągania się porodu. Wody płodowe odeszły przed 3 dniami, a przeszkodę porodową stanowił guz, wypuklający tylną ścianę pochwy. Badanie, przedsięwzięte po przybyciu rodzącej do kliniki, wykazało ciepłotę ciała podwyższoną (38·5° C.), pęcherz moczowy wypełniony wielką ilością moczu (1 litr wypuszczono), w jamie brzusznej, w linii środkowej, guz, sięgający na 2 palce powyżej pępka, który rozpoznano, jako macicę ciężarną w 7 miesiącu księżycowym, tudzież drugi guz mniejszy, zaklinowany w jamie Douglasa, który rozpoznano, jako guz jajnikowy. W celu dokładniejszego rozpoznania wykonano nakłócie mniejszego guza trójgrańcem przez tylne sklepienie pochwy, przyczem wydobyto treść mętną, podobną do treści skórzastego torbiela jajnikowego (cystis dermoidalis). Na tej podstawie rozpoznano guz jajnikowy uwięzgnięty w jamie Douglasa, obok równoczesnej ciąży w 7 m. k. i w celu usunięcia guza przystąpiono do laparotomii. Podczas zabiegu przekonano się jednak, że mniemany guz jajnikowy był uwięzgniętym trzonem macicy ciężarnej tyłozgiętej; zaś guz, uważany podczas badania za macicę ciężarną, był rozdętą jej szyją. Wobec tego odprowadzono tylko macicę ciężarną, a następnie, dokonawszy obrotu na nóżki, wydobyto płód, a popłód wygnieciono. Płód nieżywy ważył 1800 grm., ponad uchem okazywał otwór sztuczny, zadany trójgrańcem, użytym do nakłócia próbnego. Podobny otwór istniał na tylnej ścianie trzonu macicy; otwór ten zeszyto, osączkowano paskiem gazy, przeprowadzonym na zewnątrz przez powłoki brzuszne, które również szwami zespolono. W przeciągu 6 tygodni osoba ta wyzdrowiała i opuściła zakład. *Piotrowski.*

Dr. F. Hansy: **Przyczynek do leczenia złamań szczęki dolnej.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1897, Nr. 40). Praktyczny, jak się zdaje, sposób podaje autor leczenia złamań szczęki dolnej. Opiszemy go słowami autora. Po odprowadzeniu odłamków i ewent. opatrzeniu ran w częściach miękkich, bierze H. odpowiednio długi i oporny drut z żelaza, miedzi etc. i tak go wygina, by przylegał dokładnie do tylnej, wzgl. wewnętrznej, powierzchni zębów na granicy dziąsła. Z tyłu drut ten zagina się znów w około ostatnich zębów, przebiega wzdłuż przedniej, ewent. zewnętrznej, powierzchni zębów aż do linii środkowej, gdzie oba jego końce skręca razem szczypczykami. Poczem sporządza pętlę z cieniutkiego drutu, używanego przy wyrabianiu kwiatów i niemi łączy już to oba łuki drutu ze sobą, lub też pętlami temi przymocowuje łuk drutu do zęba. Przy pomocy tych pętli można także ustalić odłamek luźny wyrostka zębodołowego, gdy ten istnieje. W takim opatrunku chorzy mogą, już po kilku dniach, otwierać usta bez bólu, a nawet jeść gęste pokarmy i znoszą go bez dolegliwości do zupełnego skonsolidowania się odłamków. *Herman.*

Prof. E. Hahn: **Nieco z doświadczeń w zakresie chirurgii żołądkowo-jelitowej.** *(Deutsch. med. Wochschrft,* 1897 Nr. 41, 42, 43). Od 2½ lat używa H. guzika Murphyego i przy jego użyciu dokonał 66 operacyj w części na żołądku, w części zaś na jelitach cienkich i grubych. Najniechętniej posługuje się nim przy zakładaniu przetok żołądkowo-jelitowych, rozumując, że wszakżeć guzik po uwolnieniu się, raczej wpadnie do żołądka, aniżeli do jelita, a już w samem jelicie równie dobrze może się dostać do ramienia odprowadzającego jak i doprowadzającego. W żołądku zaś, lub w ramieniu doprowadzającem zalegać może długie czasy, sprawiając chorym nietylko dolegliwości, ale naraża ich wprost na niebezpieczeństwo utraty życia. To rozumowanie teoretyczne stwierdzić mógł niestety kilkakrotnie na zwłokach; z 27 bowiem operowanych, którym założono przetokę żołądkowo-jelitową guzikiem M., zmarło 9. W 2-ch przypadkach guzik był bezpośrednią przyczyną śmierci, gdyż w jednym razie przeostre brzegi guzika spowodowały odleżynę błony śluzowej i śmiertelny krwotok, w drugim zaś guzik niedomykał dostatecznie. Sam zaś guzik wyszedł ze stolcem tylko 4 razy (raz po 2 miesiącach), 5 razy znaleziono go w żołądku, 5 razy w miejscu założenia, u 13 chorych nie otrzymano go napowrót, mimo kilkumiesięcznej obserwacyi. Przypuszczać zatem należy, że u tych chorych guzik zalega w żołądku lub w ramieniu doprowadzającem jelita.

Tymi względami powodowany, używa H. guzika M. przy gastroenterostomii, tylko u chorych wyniszczonych, gdzie bardzo zależy na pośpiechu. I tak np. u czterech chorych z rozległym rakiem odźwiernika, ale nadającym się do doszczętnego wycięcia, gdy nie mógł po resekcyi zeszyć bezpośrednio żołądka z dwunastnicą, zaszył dokładnie oba światła otwarte, a potem dla pośpiechu, założył przetokę żołądkowo-jelitową guzikiem M. Zatem, wnioskuje autor, jedyną racyonalną metodą dla gastroenterostomii pozostanie szew! Natomiast chwali sobie bardzo przyrządzik ten w pierwotnem wycięciu jelita cienkiego z powodu zgorzeli, powstałej czy to w uwięzgniętej przepuklinie, czy też z innej, ostrą niedrożność jelit powodującej, przyczyny. Pomijając szybkość i względną dokładność, obok istotnej łatwości w połączeniu osiowem jelita po resekcyi, przy pomocy właśnie guzika M., podnosi autor i tę (nie łatwą zresztą do pojęcia) okoliczność, że bezpośrednio po przywróceniu przerwanej ciągłości jelita guzikiem M., kał może swobodnie krążyć z ramienia doprowadzającego w odprowadzające (jakgdyby to samo nie działo się po założeniu jakiegokolwiek szwu pierwotnego. *(Ref.)* Z tych wskazań (przepuklina, dotknięta zgorzelą i *ileus* ze zgorzelą) operował H. z użyciem guzika M. 25 chorych. Z tych zmarło 10. I jakkolwiek w 4 przypadkach dopatrzeć się można związku między śmiercią a użytą metodą, w 3-ch bowiem przypadkach zgorzel jelita tuż obok guzika, a w 4-ym ropień w jamie brzusznej, w najbliższem jego sąsiedztwie, były przyczyną fatalnego zejścia, zapał autora dla maszynki M. w tych właśnie przypadkach nie ziębnie. By wyczerpać szereg operacyj na jelicie cienkiem, wspomnieć potrzeba o 1 enteroanastomozie, założonej z powodu nowotworowatego zwężenia i jednej resekcyi jelita biodrowego, spowodowanej kilakiem. Obaj chorzy pomarli z przyczyn nie zależnych od użytego guzika M. Nie zbywa też autorowi na doświadczeniu, co do użyteczności guzika M. w chirurgii jelita grubego. Dwa razy miał do czynienia z gruźlicą jelita ślepego. W jednym przypadku bez przeszkody założył przetokę między jelitem biodrowem a ramieniem wstępującem jelita grubego, rozumie się guzikiem M. W drugim guzik nie funkcyonował należycie i musiał założyć takąż przetokę szwem zwyczajnym. U czterech chorych, u których musiano wykonać wycięcie jelita grubego (w różnej wysokości z powodu raka), łączono jelito również odpowiednio dużym guzikiem M. Z tego stracił jednę 70-letnią kobietę z innej przyczyny, w drugim przypadku guzik odszedł przez wytamponowaną ranę na zewnątrz i pozostawił odbyt sztuczny, u trzeciego chorego pozostała na krótki czas przetoka, która się następnie wygoiła, u czwartego, przebieg był bez zaburzeń. Z tych spostrzeżeń wnioskuje autor, że i w okrężnej resekcyi jelita grubego guzik M. może być użytym, byle tany nie szyć i wytamponować ją aż do guzika. W razie znacznej różnicy w średnicy światła odcinków jelit, mających być osiowo zeszytemi, radzi sobie autor w ten sposób, że najpierw wkłada połowę guzika w jelito węższe i po założeniu tu szwu ustalającego, drugą połowę guzika wkłada w jeden kąt światła jelita grubego i obok guzika zakłada jeden szew węzełkowy, zbywającą zaś resztę zamyka szwem dwurzędowym. Odmiennie postępuje na żołądku po wycięciu odźwiernika. Mając tam zespolić dwunastnicę z żołądkiem, szyje w ten sposób, że bierze w szew daleko więcej błony śluzowej żołądka, aniżeli dwunastnicy i to w tym stopniu, by w końcu oba otwory sobie odpowiadały. Szew Lemberta kończy w tych razach operacyę. *Herman.*

Rejchman Mikołaj Dr.: **Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu zanikowego nieżytu żołądka (gastritis atrophicans).** *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 2). Zbiór trzech objawów: nieprzyjemnego uczucia w brzuchu, które określają chorzy, „jakby się coś w brzuchu przekręciło", nudności i zwracania (regurgitatio) wodnistego płynu, wespół z uwzględnieniem innych wyników badania chorego, pozwala, zdaniem autora, na rozpoznanie zanikowego nieżytu żołądka, nawet bez badania zgłębnikiem żołądkowym. Objawy te jednak muszą być bardzo ściśle spostrzegane, aby nie dały powodu do omyłki rozpoznawczej; zaś znamiona tych objawów patognomicznych określa autor w następujący sposób: Nieprzyjemne uczucie umiejscawia się w górnej części brzucha, najczęściej tuż nad pępkiem, rzadziej w środku, między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, a najrzadziej w dołku podsercowym. Zajmuje mała stosunkowo przestrzeń, a opisują je chorzy, jak powyżej rzeczono.

Nudności nie są nigdy zbyt wydatne, trwają dłużej niż inne objawy, a ustępują ze zwróceniem płynu wodnistego.

Płyn, w ilości 50—60 cm.^{3}, rzadko 100 cm.^{3}, smaku surowej, nieco słonawej wody (jak go chorzy oznaczają), bez woni, mętnawy, po przesączeniu zupełnie przeźroczysty, oddziaływania zasadowego, ze śluzem, bez ptyaliny ani pepsyny, nie trawi białka ni też skrobi. Pod drobnowidem nieliczne ciałka wypocinowe i komórki przybłonkowe płaskie i wałeczkowe. Płyn ten nie jest więc ani śliną, ani zobojętnionym sokiem żołądkowym, a najpewniej, podług autora, czystą, bardzo wodnistą, wydzieliną śluzową.

Badanie dłuższe takich chorych wykazuje zniesienie zupełne wydzielania soku żołądkowego (achylia gastrica), a jeżeli ono jeszcze istnieje, to bardzo upośledzone i stopniowo ginie w dalszym przebiegu choroby.

Oczywiście, stan taki wywołać mogą różne przyczyny, jak: rak żołądka, nerwica wydzielnicza żołądka i zanik błony śluzowej.

Kiedy jednakowoż długie trwanie choroby (do 9 lat), brak innych objawów nerwicy, usuną dwie pierwsze możliwości, może być tylko trzecia, to jest zanik błony śluzowej. „Ponieważ w żadnej innej chorobie żołądka nie spotykamy powyżej opisanego syndromu, przeto uważać go musimy za znamionujacy, t. j. patognomiczny objaw zanikowego nieżytu żołądka (gastritis atrophicans)". W ten sposób streszcza autor swoje zapatrywanie.

Rzecz tę wypowiedział autor również na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, nad czem prowadzoną rozprawę pomieszcza „Medycyna" 1898" Nr. 3, (stronica 69). *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Gałęzowski: **O mierzeniu ciepłoty gałki ocznej i jego wpływie na rozpoznawanie i leczenie niektórych chorób oka**[1]. *(Recueil d'Ophtalm.* 1898 Nr. 1). Wiadomo, że prawidłowa ciepłota ciała ludzkiego waha się w pewnych granicach, stósownie do wieku i części ciała, gdzie była mierzoną, nie biorąc już w rachubę innych czynników, mogących przemijająco podnosić lub obniżać ją o kilka dziesiętnych. O ile nie brak pod tym względem ścisłych i starannych badań, o tyle nikt dotychczas nie zajmował się na większą skalę zbadaniem i oznaczeniem ciepłoty oka w stanie prawidłowym, a tem więcej patologicznym. Wobec tego postanowił G. wykonać szereg doświadczeń, a to w dwojakim celu: 1) aby oznaczyć dokładnie przeciętną prawidłową ciepłotę gałki ocznej; 2) aby zbadawszy, jak się ona zachowuje w stanach chorobowych oka, wyciągnąć względnie wnioski, na podstawie których oprzeć by się mogły wskazówki rozpoznawcze, a w dalszym ciągu i lecznicze. Do badań tych kazał sobie Gałęzowski zrobić odpowiedni ciepłomierz „Ophtalmo-thermomètre"[2], zbliżony kształtem do elewatora powiekowego Desmarresa. Ciepłomierz ten, dający się z wszelką łatwością i bez specyalnej wprawy założyć do worka spojówkowego, nie wywołuje ani śladu jakiegokolwiek rozdrażnienia ze strony spojówki, lub rogówki, nawet w przypadkach chorób ocznych, Cały szereg badań oczów prawidłowych wykazuje, że ciepłota gałki ocznej zdrowej waha się między 35·7° a 36·2°. Opierając się zaś na spostrzeżeniach, robionych w przypadkach patologicznych, spodziewa się G. już teraz, że mierzenie ciepłoty oka odda znaczne usługi w razie zapaleń wewnętrznych jego części, tudzież w przypadkach oderwania siatkówki, krwotoków śródgałkowych, zaniku naczyniówki i jaskry prostej i krwawej, wzbogacając w sposób zupełnie nowy metody rozpoznawcze, a może i lecznicze. Z powodu jednak szczupłego, jak dotychczas, materyału patologicznego, w ten sposób badanego, nie wypowiada na razie G. kategorycznie swego zdania, zastrzegając to sobie na później, gdy będzie mógł poprzeć je poważniejszą liczbą przypadków. *Dr. Langie.*

[1]) Praca przedłożona Akademii lekarskiej w Paryżu, dnia 18 go Stycznia, 1898.

[2]) Wyrabia optyk Péchaut w Paryżu, 31, Quai des Grands-Augustins.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 23 lutego 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Dr. Jakubowski. Obecnych członków 34. Jako gość pani Dr. Burbo.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Krzyształowicz przedstawił trzy przypadki liszaja żrącego na twarzy, leczone sposobem Langa, polegającym na wycięciu w zdrowej skórze tkanki liszajem zajętej i pokryciu, po kilku dniach, kiedy rana ziarniną osłaniać się zaczyna, płatkami przyskórka sposobem Thierscha. Sposób ten uważa za najlepszy z dotychczas używanych, gdyż najdoszczętniej i szybko usuwa zmiany, zwłaszcza wobec zawodu, co do wyników leczenia tuberkuliną Kocha TR, po którem nawroty szybko występowały. W sprawie nawrotów przesądzać nie można, bo doświadczenia nie przekraczają jednego roku; w każdym razie nie należy spodziewać się tak rychłych jak przy dawniejszych sposobach leczenia.

W dyskusyi kol. Sroczyński opowiedział spostrzegany przed kilku laty przez siebie przypadek gruźlicy powieki, w którym wyciął zajęte sprawą chorobową części, ile możności w tkance zdrowej, a ubytek pokrył płatem spojówki królika z *palpebra tertia*. Płatek ten się nie przyjął, lecz ubytek po wrzodzie gruźliczym ślicznie się zagoił. Po upływie jednak czterech miesięcy wystąpił nawrót choroby. Przypadek ten dowodzi, iż nawet najbardziej radykalne postępowanie nie chroni od nawrotu.

Kol. Zarewicz wyjaśnia, iż dzisiejsza demonstracya miała na celu przedstawienie metody, dającej najmniejsze blizny i najszybsze wyleczenie, a nie sposób radykalnego wyleczenia, bo takiego niema.

Kol. Borzęcki sądzi, iż dopiero po dłuższym czasie będzie można coś stanowczego o tej metodzie powiedzieć; spodziewa się jednak dobrych wyników, w każdym razie lepszych, niż po wszystkich innych metodach.

Kol. Reiss opowiedział swoje spostrzeżenie, gdzie po dwóch latach, w bliźnie, radykalnie na pozór wyleczonego przypadku zapomocą wyłyżeczkowania i następnego przypalenia termokauterem, nastąpił nawrót choroby.

Kol. Krzysztalowicz odpowiada, iż sposób Langa nie jest bezwzględnie najlepszy, bo takiego sposobu niema. W każdym razie, przy pomocy tej metody, usunąć się dają zmiany chorobowe najradykalniej. Co do nawrotów choroby, to ręczyć za nie nie można; przytoczony jednak przypadek przez Reissa uważa za leczony mniej radykalnie, niż metodą Langa.

Kol. Sroczyński podnosi, iż częstość nawrotów ztąd pochodzi, że b. trudno jest łyżeczkowaniem wszystko co zakażone usunąć.

Kol. Bujwid, odnośnie do przypadku opowiedzianego przez Sroczyńskiego, twierdzi, iż prątki, wywołujące wilka, nie są identycznymi z prątkami zwykłej gruźlicy. Twierdzenie swoje opiera na tem, że szczepił wilka trzem świnkom morskim, które są przecież najczulszym

odczynnikiem na jad gruźliczy; a ani jedna z tych 3 morskich świnek nie uległa gruźlicy.

Kol. Zarewicz w wyczerpującem przemówieniu podnosi, iż klinicznie przyjąć należy, że liszaj żrący odróżnić trzeba jako zupełnie odrębne cierpienie od gruźlicy skóry.

Kol. Krokiewicz zbija twierdzenia kol. Bujwida, co do różnogatunkowości prątków, wywołujących wilka i gruźlicę; opiera zaś swe wywody na doświadczeniach, ogłoszonych przed kilku laty w osobnej rozprawce i podaje warunki dlaczego przebieg liszaja żrącego a gruźlicy skóry jest różny.

Kol. Bujwid utrzymuje swe zapatrywania na doniosłość prątków wilka i gruźlicy i przytacza doświadczenia Nocarda z gruźlicą ptasią, która przyjęła się w jednym przypadku u człowieka. Uważa prątki liszaja żrącego za odrębną rasę gruźliczych.

Na zapytanie kol. Sroczyńskiego, odnoszące się do tego, jakie jest zdanie jego o znaczeniu rozpoznawczem ogólnej i miejscowej reakcyi, po wstrzyknięciu tuberkuliny Kocha chorym na wilka. odpowiada B., iż reakcya u tych chorych występuje zwykle przy większych dawkach.

Kol. Kryński przypuszcza również pewną różnicę między prątkami liszaja żrącego a gruźlicy. Jako dowód, przytacza spostrzegany przez siebie przypadek przed kilku laty, w czasie, gdy robił doświadczenia z tuberkuliną Kocha.

Kol. Reiss uznaje oba cierpienia, t. j. wilka i gruźlicę za identyczne; różnicę ma powodować tylko różna odporność na jad gruźliczy u różnych osobników.

Kol. Zarewicz stanowczo rozróżnia klinicznie wilka i gruźlicę, jako dwa zupełnie różne cierpienia.

Kol. Nowak twierdzi, iż dziś nie można gruźlicy uważać za sprawę etyologicznie jednolitą; pokazało się bowiem, że nietylko prątki Kocha wywołują zmiany anatomiczne, typowe dla gruźlicy, jak to się n. p. ma rzecz w przypadku Eppingera i w wielu innych, ostatnimi czasy ogłoszonych spostrzeżeniach, gdzie zmiany klinicznie i anatomicznie rozpoznane jako gruźlicze, wywołane były przez mikroby nic nie mające wspólnego z prątkami Kocha. Wiadomo dalej, że u gryzoniów napotyka się b. często zmiany anatomiczne, okazujące tak makro- jak mikroskopowo typowy obraz zmian gruźliczych, a wytworzone przez drobnoustroje zupełnie różne od prątka Kocha. Co do wilka, to jak dziś sprawa stoi, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przychodzi ta zmiana chorobowa do skutku pod wpływem prątka Kocha, czyli że mamy tu do czynienia ze zmianami gruźliczemi na tle prątków Kocha, lecz przebieg tej choroby jest tak odrębny, że nie ulega także wątpliwości, iż są tu w grze jakieś inne jeszcze czynniki, dotychczas bliżej nam nie znane, czyli, że mamy tu do czynienia z odrębną postacią gruźlicy skóry. Że przy trzykrotnem przeszczepianiu tkaniny z wilka na świnki morskie zmian gruźliczych nie otrzymano, niczego to nie dowodzi i wcale nie obala zapatrywania, że wilk jest gruźlicą skóry w znaczeniu nietylko anatomicznem, ale i etyologicznem, jeżeli etyologicznie za gruźlicę uważać będziemy tylko te sprawy chorobowe, które wywołuje prątek Kocha. Badania jednak, zmierzające do wyjaśnienia, jakie są przyczyny tej odrębności w przebiegu wilka, w porównaniu z innemi zmianami gruźliczemi, na skórze się toczącemi, byłyby pożądane.

2) Kol. Bujwid mówił: „O wytwarzaniu antytoksyny tężcowej i leczeniu surowicą. Laseczník tężca znany jest od czasów Nicolaiera (1884). Jest on dość rozpowszechniony i znajduje się w ziemi, osobliwie ogrodowej, w przewodzie pokarmowym zwierząt trawożernych i w nawozie. Jest anaerobem, t. j. hoduje się tylko bez przystępu powietrza. Kitasato wyhodował go r. 1889 w hodowli czystej. Tworzy zarodniki, które usadawiają się na jednym końcu bakteryi w postaci okrągłej kuleczki i wytrzymują ciepłotę 100° C. przez krótki przeciąg czasu. Do bardzo wrażliwych na jad tężcowy należą konie i świnki morskie; nieco mniej myszy, króliki i szczury. Psy są bardzo mało wrażliwe. Bakterye, wstrzyknięte pod skórę, nie wywołują ropienia. Ropienie występuje dopiero, jeśli z bakteryami tężca wstrzykniemy inne jakieś bakterye ropne. Bakterye tężca, zaszczepione na bulionie i hodowane w termostacie, we flaszkach szczelnie zamkniętych i w atmosferze wodoru, wytwarzają smrodliwe gazy i wydzielają do bulionu nadzwyczaj silnie trujące toksyny. O ile sądzić można z badań dotychczasowych, należą one do rodzaju toksalbumoz. Przez ogrzanie tracą swoją siłę; również światło słoneczne wywiera na nie niszczący wpływ. Jeśli bulion, z rozpuszczonemi w nim toksynami, wysolimy za pomocą siarkanu amonowego, powstają kłaczki toksalbumozy. W ten sposób można te toksyny na zimnie i w ciemnem miejscu przez dłuższy czas przechować, jakkolwiek wogóle są trudne do przechowania i prędko słabną. Jeśli taką toksalbumozę będziemy wstrzykiwali zwierzęciu wrażliwemu na tężec w bardzo małych dawkach (takich, które tężca nie wywołują) i będziemy zwolna postępowali do coraz wyższych, to zwierzę takie możemy uodpornić przeciwko tężcowi. We krwi takiego uodpornionego zwierzęcia powstają antytoksyny, których siła zależy od stopnia uodpornienia. Jeśli uodporniać będziemy przez dłuższy czas i dochodzić do znacznych dawek, uzyskamy znaczną siłę antytoksyny. Prelegent, uodporniając konia przez dwa lata, otrzymał antytoksynę o sile 1 : 10,000,000 (według nomenklatury Behringa), którą leczono 5 chorych w klinice prof. Rydygiera, na oddziale prof. Pareńskiego, Obalińskiego i 2 w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego. Trzech chorych wyzdrowiało, jeden zmarł po 13 dniach na zapalenie płuc, jeden zaś na drugi dzień po rozpoczęciu leczenia wskutek posocznicy, wynikłej z powikłanego złamania kończyny. (Streszczenie własne).

Kol. Nowak uważa, że toksyny tężca mają wiele wspólnego z enzymami; do działania swojego potrzebują one n. p. tak jak diastaza, pewnej ciepłoty. U żab n. p. w zimie, trudno wywołać tężec, w lecie łatwiej. Gdy wystąpią objawy tężcowe, to właściwie jest to nie początek, lecz koniec choroby, gdyż objawy te są następstwem zmian anatomicznych, jakie się pod wpływem toksyn w ustroju wytworzyły; wtedy właściwie surowica już nie wiele pomoże. Wstrzykiwano szczurom toksyny tężca w ogon i odcinano go potem w różnym czasie po wstrzyknięciu; pokazało się, iż gdy się odetnie ogon później niż w pół godziny po wstrzyknięciu, to już się wytworzą takie zmiany, że zwierzę ginie. Znaczenie lecznicze surowicy przeciwtężcowej jest prawie żadne, ale jest bardzo poważne jej znaczenie i zastosowanie zapobiegawcze (prewentywne) i dlatego wskazane jest zastosowanie jej osobliwie w tych przypadkach zranień, gdzie możliwem jest zakażenie tężcem, a więc przy wszystkich ranach zanieczyszczonych; ale choć i wystąpią objawy tężca, to surowicy używać należy, bo w każdym razie ona nie zaszkodzi; gdy tężec ciężki, to chory w każdym razie zginie; gdy zaś lekki, to objawy po wstrzykiwaniu są znacznie łagodniejsze.

Kol. Raczyński zna przypadki tężca, leczone przez kol. Bujwida w klinice pedyatrycznej i stwierdza, że były to przypadki bardzo lekkie, które bez żadnego leczenia takżeby prawdopodobnie wyzdrowiały.

Kol. Krokiewicz podnosi bardzo małą siłę antytoksyczną surowicy przeciwtężcowej, co wymaga przy wstrzykiwaniach bardzo wielkich ilości surowicy. Wspominał także o doświadczeniach Hübnera, Cattaniego i Tizzoniego.

Kol. Batko przytacza wyleczenie surowicą Bujwida jednego bardzo ciężkiego przypadku w szpitalu św. Łazarza.

Sekretarz doroczny:
Dr. Xawery Gorski.

VII. II. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał

Dr. Rafał Spira.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

13. Dr. Hamerszlag wyłożył rzecz pod tyt.: Przyczynek do nauki o czynności ślimaka słuchowego ze stanowiska historyi rozwoju.

Za podstawę swoich wywodów przyjmuje prelegent: 1) naukę Helmholtza, że jedna część błędnika, ślimak, służy do percepcyi tonów i dźwięków muzykalnych, druga, przedsionek i bańki przewodów półkolistych, do odbierania szmerów; 2) naukę Hensena, według której włókna błony podstawowej stanowią twory spółdźwięczne ślimaka; wreszcie 3) uznane już i potwierdzone prawidło naukowe, że głębokie tony bywają odbierane na szczycie, a wysokie na podstawie ślimaka.

Otóż z historyi rozwoju wykazuje H., że ślimak, u kręgowców, składa się, w pewnym okresie rozwoju, tylko z przewodu ślimakowego, którego nabłonek małe tylko posiada odmiany (wyróżnianie się) i w którym niema jeszcze śladu błony podstawowej i Reissnera. Ten zaś kształt ślimaka przedstawia stały stan u szeregu zwierząt.

Takie zwierzęta, w braku tworów spółdźwięcznych, t. j. stron ślimakowych, niezbędnych do odczucia tonów muzykalnych, mogą tylko odbierać wrażenia dźwięków, które wywołują silne i nieregularne wstrząśnienie całego nabłonka nerwowego, wzdłuż całego przewodu ślimakowego, t. j. szmery. Dla wyższych zaś zwierząt, u których rozwój błony podstawowej umożebnia percepcyę tonów muzykalnych, przeczo zapewne zdolność odczuwania szmerów, istniejąca od wcześniejszego stopnia rozwoju, nie ginie, należy wnioskować, że poczucie tonu muzykalnego powstaje przez wprawienie w ruch kilku tylko włókien, poczucie zaś szmeru przychodzi do skutku przez poruszenie wszystkich włókien błony podstawowej.

W dalszym wywodzie H., opierając się na danych i tablicach o rozwoju narządu Cortiego, z których wynika, że rozwój końcowego przyrządu słuchowego w pewnym czasie ustaje w zakręcie podstawowym, wyżej zaś, w szczycie ślimaka, dalej postępuje, wnioskuje, że odcinki ślimaka, bliżej szczytu położone, przedstawiają wyższy i doskonalszy rozwój, niż odcinki na podstawie ślimaka. Gdy zaś te szczytowe odcinki służą do percepcyi tonów głębokich, to można z tego dalszy wysnuwać wniosek, że postępowe rozszerzenie pola słuchowego ku dolnemu końcowi gamy stanowi coraz wyższe udoskonalenie narządu słuchowego i że percepcya głębokich tonów odpowiada subtelniejszej czynności tego narządu.

Z tych wywodów wynika, że w zajęciach chorobowych n. słuchowego przedewszystkiem podlegać muszą cierpieniu te włókna, których czynność jest najsubtelniejszą, czyli, że najsamprzód znikać powinny z pola słuchowego tony głębokie, co się też zgadza z doświadczeniami i spostrzeżeniami klinicznemi, jakto H. obszerniej wyjaśnia.

14. Doc. Dr. Pollak demonstruje ciągłą kolejność tonów (continuirliche Tonreihe) Bezolda, podnosi jej ważność i niezbędność dla dokładnego rozpoznania różniczkowego i dla odkrycia luk tonów w polu słuchowem, omawia jej zalety i sposób używania. Ze względu na wygórowaną cenę mało tylko lekarzy narzędzia te posiada: większa część otyatrów nawet ich nigdy nie widziała: nic więc dziwnego, że przyjęto tę demonstracyę z wielkiem zadowoleniem i wyrazem wdzięczności.

15. Doc. Dr. Gomperz miał wykład: O zapaleniu ucha środkowego u osesków.

Na podstawie doświadczeń, poczynionych w zakładzie dla chorych dzieci prof. Kassowitza, oraz nawiązując do dawniejszych swoich prac, w których twierdził, w przeciwieństwie do Tröltscha, że rozpoznanie spraw nieżytowych i zapalnych w jamie bęb. jest możebne także u osesków i że leczenie u nich daje się przeprowadzić z takim samym skutkiem jak u dorosłych, omawia następnie G. patologię i leczenie zapaleń usznych u dzieci, szczególnie w przypadkach, przebiegających bez ropienia.

Ważną rolę w etyologii tych chorób u osesków odgrywa przeniesienie zakażenia z pochwy matki do nosa dziecka, a ztąd na ucho. Do częstszych przyczyn należy grypa i inne choroby zakaźne, zwłaszcza takie, które przebiegają z kaszlem, kichaniem, wymiotami, przyczem drobnoustroje, obecne zawsze w jamie nosowo-połykowej, łatwo dostają się do ucha środkowego. Do objawów, wzbudzających podejrzenie zapalenia ucha, w lekkich postaciach, prelegent zalicza: niepokój, zły humor, brak łaknienia: w silniejszych zaś: tarcie tyłogłowiem, bezsenność, ostre pokrzykiwania, albo ciągłe kwilenie dniem i nocą, wymioty, ciągłe ropienie, wreszcie spadek na wadze ciała: w bardzo ciężkich przypadkach: wysoka gorączka, bezprzytomność, drgawki i inne objawy mózgowe, które naraz zniknąć mogą, w chwili wystąpienia ropienia usznego. Zwracać należy uwagę na obrzmienie i bolesność gruczołów chłonnych w otoczeniu ucha, na obrzęk przed uchem. Nieraz spostrzegał G. przy wypocinie w jamie bęb. wzmożone ślinienie, które później znikało. Objawy te mają tylko zwrócić uwagę na ucho, rozpoznanie zaś ma się opierać tylko na przedmiotowem jego zbadaniu. W celu oczyszczenia ucha od woskowin i błon naskórkowych poleca G. przestrzykiwanie, zapomocą przez niego podanych kauczukowych cienkich nasadek do strzykawki, na które łatwo nawlec można najcieńsze dreny i tak kierować prąd wody aż do błony bęb., nie narażając przewodu usznego na uszkodzenie. Prawidłowa błona bęb. pod wpływem badania, a jeszcze więcej przestrzykiwania, czerwienieje, co w rozpoznaniu uwzględnić trzeba. Podczas badania należy odwracać uwagę dzieci wszelkimi sposobami. Błona bęb. pokazuje się zwykle więcej zaćmioną niż u dorosłych, połysku w kształcie trójkąta nie widzi się w całej jego rozciągłości. Od 6-go tygodnia błona łatwiej daje się obejrzeć, a dopiero od 9-go tygodnia — w całej swej objętości. Wtedy można także już rozróżnić wszystkie okresy przekrwienia, zapalenia, nacieczenia powierzchni, łuszczenia się, powstawania pęcherzyków, wypukleń ograniczonych, wyniesień brodawkowatych, przedziurawień i t. p.

Leczenie nie różni się istotnie od leczenia u dorosłych. W celu zapobiegawczym radzi G., żeby ludzie, sapką dotknięci, nie zbliżali się do małych dzieci; starać się przy utrudnionem oddechaniu leczyć cierpienie nosa i gardła, usunąć wyrośle gruczołowate i t. p. Dalej zwraca uwagę na ważność przekłowania błony bęb. w przypadkach wypociny w jamie bęb. i wykonywania zabiegu Politzera dla przywrócenia prawidłowego słuchu. Przed tym zabiegiem powinno się czasem wdmuchiwać balonem powietrze do nosa, by go wypróżnić z nagromadzonego tam śluzu.

Na tem posiedzenie skończono. Popołudniu tegoż dnia zgromadzili się uczestnicy na zebranie pożegnalne w sali restauracyjnej Riedhof, gdzie mile spędzili czas, wśród pełnych to dowcipu, to powagi przemówień i toastów. Profesor Gruber wyraził podziękowanie obecnym, szczególnie obcym, za ich przybycie i udział, bez względu na trudy i straty. Dr. Spira w imieniu przyjezdnych dziękował za zaproszenie, za serdeczne przyjęcie, a zwłaszcza za podaną na zjeździe biesiadę umysłową i, wznosząc toast, podniósł koleżeńskość i sławę potrójnej gwiazdy na austryackim firmamencie otyatrycznym, pp. prof.: Grubera, Politzera i Urbantschitscha.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

I.

Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej w Krakowie, odbytem dnia 5. marca b. r., zapadły następujące uchwały:

I. Sprawę wydania opinii dla c. k. Namiestnictwa, co do techników dentystycznych, i wykonywania w ogóle praktyki dentystycznej, oddano do referatu Dr. Obalińskiemu.

II. Uwolniono od opłaty, przypadającej na rzecz Izby lek. za r. 1898 ośmiu lekarzy z Krakowa.

III. Prezydent podał do wiadomości, że pomiędzy lekarzami istnieje zaniepokojenie z powodu mającej się utworzyć w Krakowie kasy chorych dla majstrów. Sprawę tę odroczono do najbliższego posiedzenia.

IV. Wydział uchwalił podziękować Prof. Dr. Jordanowi za dzielną obronę stanu lekarskiego w Sejmie.

V. Na pismo Dra Rutkowskiego z Łąkty o wykreślenie go z Izby lek. uchwalono odpowiedzieć, że to może nastąpić dopiero po zrzeczeniu się czynności lekarskich.

VI. Następnie Wydział Izby, jako Rada honorowa, przyjął do wiadomości zawiadomienie Prezydenta, że Dr. S. z M. jest chory, i że rozprawa przeciw niemu dla tego nie może być wyznaczona.

VII. Sprawę zażalenia Towarzystwa Wzajemnej Pomocy uczniów Uniw. Jagiell. przeciw jednemu z kolegów, zaniechano, z powodu zadawalniającej deklaracyi złożonej przez tegoż.

VIII. Prezydent odczytał oświadczenie Dr. D. z K., którem tenże poddaje się wyrokowi Rady honorowej, poczem oddano sprawę do referatu Dr. Świątkowi.

II.

Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej w Krakowie w dniu 15. marca uchwalono co następuje:

I. Od opłaty wkładki na rzecz Izby, przypadającej na rok 1898, uwolniono dwóch lekarzy.

II. Odczytane przez Prezydenta pismo Izby lekarskiej morawskiej, w sprawie zniesienia wyroku Rady honorowej Izby voralberskiej przez tamtejsze c. k. Namiestnictwo, — przyjęto do wiadomości.

III. Na pismo grona lekarzy krakowskich, że niektórzy z lekarzy używają do pomocy niepowołanych ludzi — uchwalono:

„Używanie nielekarzy do agend czysto lekarskich uznaje się za niewłaściwe, interesom stanu lekarskiego szkodliwe, zresztą nielegalne“.

W każdym poszczególnym przypadku Wydział Izby wdroży śledztwo przeciw tym kole-

gom, którzy do czynności lekarskich używają osób nieuprawnionych.

IV. Co do założenia kas chorych dla majstrów, uchwaliła Izba wydać enuncyacyę, odnoszącą się do tej sprawy, a wypracowanie poruczyć Prezydyum.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 24 Marca.

Komitet gospodarczy VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przysłał nam następującą odezwę:

Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w Poznaniu dnia 12 do 14 lipca 1898 r. Wydział gospodarczy zaprasza na Zjazd ten wszystkich lekarzy i przyrodników polskich i wyraża życzenie, aby, przez jak najliczniejszy zastęp uczestników w Zjeździe, lekarze i przyrodnicy polscy dali dowód, że rozproszeni, uznają ważność i doniosłość Zjazdu i pragną, przez wzajemne zbliżenie się do siebie, przyczynić się do postępu nauki, dając zarazem świadectwo żywotności i łączności swojej. Wydział gospodarczy przyjmie uczestników Zjazdu z otwartemi rękoma i starać się będzie pobyt im w Poznaniu uprzyjemnić i, o ile to w jego mocy będzie, w miłej utrwalić pamięci.

Wobec krótkiego czasu, jaki dzieli nas od terminu Zjazdu, potrzebne jest do ułożenia szczegółowego programu wczesne zawiadomienie komitetu o pracach i wykładach w poszczególnych sekcyach. Na życzenie wyrażone z wielu stron utworzoną będzie także sekcya higieniczna i rolniczo-przyrodnicza. Prace przygotowawcze do Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w pełnym są biegu. Sądząc z napływających zamówień i zgłoszeń zapowiada się Wystawa świetnie.

Wszelkie zgłoszenia, tyczące się Zjazdu, przyjmować będzie komitet gospodarczy najdalej do dnia 15 maja r. b.

Poznań, w marcu 1898.

W imieniu komitetu gospodarczego VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Dr. Heliodor Święcicki, przewodniczący. Pałac Działyńskich.

Dr. Artur Jaruntowski, sekretarz jeneralny. Ul. Wilhelmowska nr. 16.

* Grono lekarzy krakowskich wniosło do Izby lekarskiej następujące pismo:

Świetna Izbo! Zdarza się często, iż, mimo gotowości do niesienia pomocy całego zastępu lekarzy dyplomowanych, wprawnych, nieraz długoletnich praktykantów szpitalnych, elewów klinicznych i t. d., używają lekarze do pomocy przy operacyach, do następowego leczenia chorych operowanych, do elektryzowania i t. p. ludzi niepowołanych, bądź to medyków, bądź też tak zw. felczerów, lub wreszcie akuszerek i t. d. Czasem tego rodzaju laik spełnia czynność i przybiera charakter stałego asystenta prywatnego. Postępowanie takie przynosi nietylko szkodę materyalną, lecz i moralną przez to, że oddaje pewną część czysto lekarskich czynności w niepowołane ręce, które i tak działają ze szkodą stanu lekarskiego. Walczyć nam jednak i odbierać, a nie pozbawiać się słusznych naszych praw i dochodów należy. Wypadałoby też, by Kraków świecił pod tym względem przykładem dla prowincyi.

Gdy więc zadaniem Izby jest strzeżenie interesów stanu lekarskiego, gdy już w sprawie asystentów przy zakładach leczniczych Izba skutecznie głos zabrała, przeto zwracamy się do Świetnej Izby z żądaniem wydania zasadniczego w tej sprawie orzeczenia, ewentualnie pociągania winnych do odpowiedzialności.

* XX walne zebranie Towarzystwa dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich odbyło się dnia 18 b. m. pod przewodnictwem prezesa Prof. Korczyńskiego. Ze sprawozdania wyjmujemy szczegół ogólnego i doniosłego znaczenia, że jeszcze w bieżącem półroczu ukończy się druk 2-go wydania dzieła prof. W. Jaworskiego: »Podręcznik chorób żołądka«, obejmującego do 30 arkuszy druku i przeznaczonego na premię dla członków i prenumeratorów za rok 1897; w końcu zaś b. r. wyjdzie praca prof. L. Wachholza pod tyt.: »Zarys sądowej medycyny dla użytku uczniów i lekarzy«. Dzieło prof. Wachholza przeznacza Wydział Towarzystwa na premię za rok 1898.

Na wniosek Wydziału zgromadzenie wybrało jednomyślnie i przez aklamacyę Dra J. Surzyckiego swym członkiem honorowym. Liczba członków 166, kapitał Towarzystwa wynosi 5775 złr.

Zgromadzenie, na wniosek Dra Gwiazdomorskiego, wyraziło Przewodniczącemu i Wydziałowi wszelkie uznanie za gorliwą pracę około literatury zawodowej i wyniosło to przekonanie, że krakowskie Towarzystwo dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich spełnia swój mandat sumiennie, a pożyteczna ta instytucya rozwija się pomyślnie.

* »Prawitielstwiennyj Wiestnik« ogłasza następujące nominacye w szpitalach Królestwa polskiego: Dr. Pitas mianowany został lekarzem szpitala św. Anny w Miechowie; Dr. Górnicki, ordynatorem w Sejnach; Dr. Szpiganowicz, nadetatowym ordynatorem w Kutnie; Dr. Lenartowicz, w Pułtusku; Dr. Kamiński, w Krasnym-Stawie.

* W warszawskim szpitalu izraelickim zarządzoną została posada nadetatowego ordynatora dla leczenia chorych przychodnich, cierpiących na uszy.

* Wychodzący w Zagrzebiu» Liečnički viestnik« drukuje w odcinku wrażenia z podróży na międzynarodowy Zjazd w Moskwie, pióra Dra Rihtarića. Zeszyt II-gi poświęca autor Krakowowi, III-ci Warszawie. Opis przedmiotowy i prawdziwy.

* Wiadomość podana przez dzienniki lwowskie, a przez nas w Nr. 12 „Przeglądu" powtórzona, jakoby Doktorowi Penziasowi, wskutek skaleczenia się przy operacyi, groziło odjęcie ręki, okazała się, jak nas zapewniają z lwowskich sfer lekarskich, nieścisłą i przesadną.

* W Sprawie obsadzenia katedry okulistyki w Uniwersytecie lwowskim uchwalił Wydział lekarski następujące terno: Kamocki i Rumszewicz na pierwszem miejscu i *ex aequo;* Machek na drugiem, Sroczyński na trzeciem miejscu.

Nekrologia. Zmarli: Józef Hołownia, w 74 r. życia, w Warszawie. Adolf Kelm, l. 40 w Łodzi. Celestyn Wasilkowski l. 32, wychowaniec Uniw. warszaw., w Sofii. Dr. Julian Wrotnowski, lat 72, w Paryżu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 12: Dra Rywosza D.: Przypadek do badań nad rozkładem cukru w ustroju. Dra Tumpowskiego A.: Z kazuistyki chorób nerwowych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 12: Dra Gabszewicza: ś. p. Roman Jasiński. Dra Ciechomskiego St.: ś. p. Roman Jasiński, jako chirurg i pracownik na niwie literackiej lekarskiej. Dra Majewskiego A.: Przypadek złamania kręgosłupa.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Grundzach: Ueber die Gastroplegie und Gastroenteroplegie, insbesondere nach Laparotomien. Wiedeń, 1898.

— Sprawozdanie krakowskiego ochotniczego Towarzystwa ratunkowego za rok 1897. Kraków, 1898.

— Sprawozdanie administracyjno-kasowe Towarz. farmaceut. „Unitas" w Krakowie 1896—1897. Kraków, 1898.

— Prof. Dr. Kleinwächter: Wichtige gynäkologische Heilfactoren. Wiedeń, 1898.

— Dr. Krokiewicz i Dr. Batko: Eine sehr empfindliche Reaction auf Gallenfarbstoffe im Harne, als modification der Erlichschen Methode mit Diasobensolsulphosäure. Wiedeń, 1898.

— Żywot i prace naukowe i społeczne Jędrzeja Śniadeckiego. Kraków, 1898.

— Dr. Neugebauer Fr.: 34 spostrzeżeń podwójności zewnętrznych organów płciowych. Warszawa, 1897.

— Tenże: 44 spostrzeżeń zatrzymania główki dziecka, lub pojedyńczych kości czaszki w macicy po dekapitacyi, lub po urwaniu się tułowia, podczas ekstrakcyi płodu. Warszawa, 1898.

— Tenże: Ein praktischer Vorschlag zur Erleichterung der operativen Technik mancher, mit Bauchschnitt verbundenen, gynäkologischen Operationen.

— Tenże: Eine Bemerkung zu dem Aufsatze des Herrn Ehrenfest: »Ein neuer Schlingenschnürer«.

— Dr. Sterling S.: Die Salicylsalbe beim Gelenkrheumatismus. Monachium, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 2. Kwietnia 1898. Nr. 14.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach przeznaczonych do nauczania

podał

Prof. Dr. Antoni Mars.

Od czasu jak zbadaną została istota i źródło gorączki połogowej, wystąpiono z różnymi środkami zapobiegawczymi i, w niedługim czasie, osiągnięto znakomite wyniki. Choroba, która dawniej, szczególniej w klinikach, zabierała wiele ofiar, dzisiaj pojawia się tylko bardzo rzadko, możnaby powiedzieć, wyjątkowo.

Drogi, po których nauka do tych wyników doprowadziła, są znane każdemu, kto się położnictwem zajmuje.

Między różnymi sposobami, używanymi w tym celu jeszcze przed niewielu laty, przestrzykiwania pochwowe, jako postępowanie zapobiegające zakażeniu, było w położnictwie niemal w powszechnem użyciu. Gdy się jednak przekonano, że pod wpływem tego postępowania wyniki nie były lepsze, że postępowanie to ma swoje złe strony, a szablonowe jego wykonywanie więcej przynosi szkody niż korzyści, nastąpił odwrót niemal na całej linii i dzisiaj ogół świata położniczego posługuje się tym sposobem tylko w bardzo ograniczonych rozmiarach.

Kierunek dzisiejszy dąży do ścisłego przeprowadzenia postępowania bezgnilnego, a względnie do zmniejszenia sposobności do zakażenia, a to przez ograniczenie badania wewnętrznego i zastąpienie go wydoskonalonem badaniem zewnętrznem.

Naturalnie, że kierunek ten utrudnia uczenie się i nauczanie położnictwa i że, ze stanowiska dydaktycznego, musiała powstać kwestya, jak obecnie postępować należy? Zapatrywania kierujących zakładami naukowymi są różne i różne też istnieją dzisiaj pod tym względem zwyczaje; podczas gdy na jednych klinikach badanie wewnętrzne, przez uczniów, kobiet brzemiennych i rodzących jest bardzo ograniczone, na innych badanie to jest dowolne, ale natomiast istnieją tam surowe przepisy co do podmiotowego odrażenia badającego; na innych wreszcie badanie również nie jest ograniczone, lecz wymaga się, prócz podmiotowego odrażania badającego, odrażanie przedmiotowe, t. j. pola badania.

Do zwolenników odrażania zarazem podmiotowego i przedmiotowego należy Hofmeier w Würzburgu, który, w celu przedmiotowego odrażania, posługuje się mechanicznem oczyszczaniem pochwy i szyi macicznej za pomocą palca, w połączeniu z chemicznem odrażaniem za pomocą $^1/_2{}^0/_{00}$ rozczynu sublimatowego. Postępowanie to stosuje przeszło 7 lat. W r. 1891 ogłosił on wyniki, jakie otrzymał przy tem postępowaniu w 1000 przypadków; w r. 1894 podał wyniki drugiego tysiąca, a w roku zeszłym ogłosił pracę: „O zapobieganiu gorączce połogowej w Zakładach położniczych, przeznaczonych do nauczania“ [1]), w której podaje wyniki trzeciego tysiąca i, na podstawie zestawień statystycznych, udowadnia, że na klinice położniczej w Würzburgu, uzyskał najlepsze wyniki z pomiędzy wszystkich klinik niemieckich, a może najlepsze w ogóle, albowiem wykazuje najmniejszą śmiertelność i najniższą liczbę gorączkujących, wskutek zakażenia w połogu; a nadto wypowiada zdanie, że wyniki te, tak świetne, zawdzięcza postępowaniu zapobiegawczemu, jakie na klinice w Würzburgu jest w użyciu.

Porównując zaś wyniki swoje z wynikami innych autorów, oświadcza: „że się czuje upoważnionym do wypowiedzenia zdania, że żadne inne postępowanie nie jest w stanie zapewnić takiej ochrony“.

Liczby, jakie H. przedstawia, są tak poważne, rozumowanie tak proste, wnioskowanie tak silne, a wyniki tak świetne, że chociaż w położnictwie od zapobiegawczego odrażania kanału rodnego znaczna większość autorów odstąpiła, z pracą tą liczyć się musimy.

Aczkolwiek nie wątpię, że odrażanie, w ten sposób pojmowane i wykonywane, jak je Hofmeier pojmuje i wykonywa, może mieć znaczenie i niema nic prawie wspólnego ze zwykłemi szablonowemi przestrzykiwaniami, jakie dawniej powszechnie były używane, to mimo to wywodami Hofmeiera nie czuję się przekonanym i sądzę, że bez ograniczenia badania i bez zapobiegawczych wstrzykiwań, można innymi sposobami uzyskać równie dobre wyniki, jak on uzyskał.

W pracy swej Hofmeier przedstawia nietylko 3000 przypadków z własnej kliniki, ale zestawia obok jeszcze przypadki i wyniki z innych klinik, na których przedmiotowe odrażanie kanału rodnego jest praktykowane. Tym sposobem podaje jedno zestawienie, w którem na 11042 porodów, wśród których używano zapobiegawczych przestrzykiwań pochwy, były tylko 2 przypadki zejścia śmiertelnego skutkiem zakażenia na klinice, a drugie zestawienie, w którem na 6211 porodów, wśród których do przestrzykiwania używano rozczynów sublimatu, nie było żadnego przypadku śmiertelnego z zakażenia na klinice. (Nadmienić wypada, że przypadki zejścia śmiertelnego, w których można było stwierdzić, że zakażenie nastąpiło przed przybyciem na klinikę, nie zostały wliczone).

Zastanawiając się nad wynikami tych autorów, którzy nie są zwolennikami przedmiotowego odrażania kanału rodnego i tych, którzy wykazywali niekorzystne wyniki przy postępowaniu, przez Hofmeiera zalecanem, stwierdza on, że

[1]) Sammlung klin. Vortr. Volkmanna nowa serya Nr. 177.

albo mają oni gorsze od niego wyniki, albo też wykazuje, że materyał kliniczny, przez nich do porównania użyty, nie może być porównywanym z jego materyałem, albowiem dotyczy przypadków już to dobranych, już też w ogóle w innych znajduje się warunkach, niż materyał kliniczny w Würzburgu.

Z liczbami tak pokaźnemi, jakie zestawia Hofmeier, wystąpić nie mogę, gdyż ich nie posiadam; cyfra, którą przedstawić pragnę, dotyczy na razie 742 porodów, mimo to jednak, jak sądzę, bardzo jest poważną, albowiem przypadki, które obejmuje, posiadają wszelkie warunki, jakich Hofmeier wymaga, aby mogły być z przypadkami jego materyału porównane.

Jak to się będę starał poniżej wykazać, materyał mój znajduje się w o wiele gorszych warunkach, aniżeli materyał kliniki w Würzburgu, a pomimo, że nieużywam zapobiegawczych przestrzykiwań kanału rodnego, mam wyniki równe jego wynikom, a pod pewnymi względami lepsze.

Zanim przystąpię do nakreślenia moich wyników, chcę przedstawić warunki, w jakich się mój materyał znajduje.

Wiadomo, że łatwiej jest utrzymać lepsze stosunki zdrowotne w szkołach dla położnych, aniżeli w klinikach dla uczniów, a to dlatego, że uczniowie mają ciągłą styczność z różnemi istotami chorobotwórczemi, z któremi uczennice szkół położnych się nie stykają. Materyał mój pochodzi z będącej pod moim kierownictwem szkoły akuszerek; lecz nie służy on tylko tej szkole do celów nauczania, ale równocześnie bywa wyzyskiwany i przez uczniów w celach dydaktycznych. W ogóle w Krakowie materyał położniczy niewielki; dzisiejsza klinika dla uczniów mała i niedostateczna; wszelki materyał zatem musi być przedewszystkiem przez uczniów należycie wyzyskany, a potem dopiero zostaje przekazany do szkoły akuszerek. Najlepiej wyjaśni to stosunek, jaki istnieje między kliniką dla uczniów, a szkołą dla akuszerek, co do podziału materyału: przez pięć dni w tygodniu, t. j. w dniach, w których odbywają się wykłady dla uczniów, od poniedziałku do piątku włącznie, cały materyał położniczy przyjmuje wyłącznie klinika dla uczniów. Materyał ten bywa przez uczniów badany, na nim odbywają się kursa, egzamina i t. d.; jednem słowem zostaje on wyzyskany do celów dydaktycznych, w całem tego słowa znaczeniu. To, co klinika może pomieścić, pozostawia; wszystko zaś, czego pomieścić nie może, t. j. większa część całego bieżącego materyału, tak dobrze kobiety brzemienne, jakoteż i rodzące, odsyła do szkoły akuszerek.

Przez 5 dni zatem w tygodniu otrzymuje szkoła położnych ciężarne i rodzące, które w innym zakładzie i to zakładzie dla uczniów, były badane i do celów dydaktycznych używane. Ponieważ zaś na krakowskiej klinice uczniów ograniczenia, co do badania wewnętrznego, nie były zaprowadzone, niektóre zatem kobiety bywają przez kilkanaście i więcej osób badane, zanim się do szkoły położnych dostaną, gdzie znów badanie rozpoczyna się na nowo. Tylko przez dwa dni w tygodniu, t. j. w sobotę i w niedzielę, czyli w dniach, w których w ogóle na klinikach uczniów wykładów nie bywa i temsamem materyał kliniczny najmniej bywa badany, przyjmuje wyłącznie Szkoła położnych cały materyał położniczy.

Znam klinikę prof. Hofmeiera w Würzburgu i dlatego szczególniej zaznaczyć muszę, że co do pomieszczenia zakładów, u nas istnieją stosunki nieporównanie gorsze. Szkoła położnych w Krakowie, dawniej złączona z kliniką dla uczniów, dopiero od początku r. 1896 istnieje jako zakład odrębny. Ponieważ budowa nowego Zakładu położniczego w Krakowie jest jeszcze w okresie wstępnych przygotowań, przeto Szkoła akuszerek otrzymała tymczasowe pomieszczenie w części dawnego położniczo-ginekologicznego oddziału szpitalnego, w starym klasztornym, dla celów szkoły zupełnie nieodpowiednym, budynku. Prócz 6-ciu łóżek ginekologicznych posiada Szkoła akuszerek 26 łóżek położniczych, z tych 3 przeznaczone dla rodzących, 20 dla położnic, 3 dla brzemiennych. W ciągu roku szkolnego, t. j. mniej więcej przez 9 miesięcy, rodzi w szkole około 450 kobiet.

Wszystkie te łóżka pomieszczone są w 4-ch ubikacyach. Sala porodowa, mająca 103 metry sześcienne pojemności, służy na pomieszczenie 3-ch łóżek dla porodu, w niej odbywa się badanie ciężarnych, ambulantek ginekologicznych, tu odbywają się wszelkie operacye położnicze i ginekologiczne. W sali tej mieszczą się stoły operacyjne i do badania, instrumentaryum, przybory i płyny opatrunkowe; ma ona osobne wyjście na nieopalony korytarz. Dla położnic przeznaczone są dwie ubikacye: jedna duża sklepiona, mająca 422 metry sześcienne pojemności, w której mieści się 15 łóżek, druga mniejsza, mająca 74 metry sześcienne pojemności, mieści 5 łóżek. Za temi salami znajduje się mała kuchenka o 31 metrach sześciennych, a dalej pokój dla brzemiennych o 56 metrach sześciennych z 4-ma łóżkami, wreszcie magazyn bielizny. Wszystkie te ubikacye, położone jedna za drugą, mają jedno tylko wspólne wyjście przez salę położniczą pierwszą, tak, że wszystko, do obu sal położniczych, do kuchni, do sali brzemiennych i do magazynu bielizny, tam i z powrotem, musi być przenoszone przez sale położnic.

Szkoła nie posiada osobnego pomieszczenia dla chorych brzemiennych, dla rodzących gorączkujących i położnic; w tej samej sali porodowej musi rodzić rodząca gorączkująca, równocześnie z rodzącemi zdrowemi. Położnice gorączkujące leżą między zdrowemi; w miarę możności układa się je na łóżkach obok siebie ustawionych i w pokoju mniejszym.

Ponieważ prócz kliniki uczniów i szkoły akuszerek, niema w Krakowie żadnego innego zakładu, gdzieby się porody odbywać mogły, czyli, że oba te zakłady wspólnie stanowią zakład położniczy krajowy, do którego wszystkie przypadki bez żadnego wyróżnienia przyjmowane być muszą, przeto każda rodząca, czy to posocznicz zakażona, czy też obarczona chorobą zakaźną, musi być do kliniki, względnie do szkoły akuszerek, przyjęta.

Jeżeli w szkole akuszerek, na sali porodowej, urodzi osoba zakażona, odraża się całą salę i łóżko, na którem rodziła. Jeżeli zaś gorączkuje położnica, ułożona między położnicami zdrowemi, istnieją następujące przepisy: gdy przyczyną gorączki jest cierpienie wikłające, jak n. p. gruźlica lub inne podobne, a narząd płciowy zmian chorobowych nie okazuje i macica się dobrze zwija, to osoba taka pozostaje przez pierwszych kilka dni połogu na sali położnic, a zwykle między 6-ym a 8-ym dniem połogu zostaje przeniesioną na ten oddział szpitalny, do którego cierpienie wikłające należy; jeżeli zaś idzie o chorobę zakaźną, jak n. p. ospa, płonica, róża lub o przypadek zakażenia posocznicowego, wychodzącego z narządu płciowego, — zostaje przeniesioną na

ginekologiczny oddział szpitalny, położony na tymże samym korytarzu, gdzie jest salka dla położnic chorych na posocznicę. Każden taki przypadek może być jednak dopiero wówczas przeniesiony, gdy stan chorobowy należycie zostanie stwierdzony i stanowczo rozpoznany, czyli, że zakażona położnica pozostaje między zdrowemi tak długo, jak długo cierpienie zakaźne nie zostanie stanowczo stwierdzone.

Jeżeli zwrócimy uwagę na liczbę porodów, jaka się w szkole położnych odbywa, to musimy przyznać, że liczba łóżek jest niedostateczna. Czasami w szkole akuszerek rodzi równocześnie 4, a bywało i 7 osób; a ponieważ sala porodowa ma tylko 3 łóżka, to w takim razie kobiety, będące we wcześniejszych okresach porodowych, rodzą albo między położnicami, albo na łóżkach ginekologicznych.

Przeciętna liczba położnic i brzemiennych wynosi 26, a dochodzi do 39. Ponieważ oprócz łóżek porodowych szkoła posiada ich 23, a zatem przeciętnie jest o trzy osoby więcej, aniżeli łóżek; a są dnie, w których jest 16 osób dziennie więcej. Zarząd szpitala dostarcza dowolną liczbę sienników, które się układa na ziemi między łóżkami i na nich leżą położnice; tym sposobem zdarza się często, że na siennikach leży 5—6 położnic, a większa część brzemiennych stale sypia na ziemi na siennikach. Brak miejsca jest tak wielki, że szafy z opatrunkami i przyborami, sterylizator do narzędzi, opatrunków i wody, są ustawione we wspólnym przechodowym i nieopalanym korytarzu. Nadmienić mi wypada, że równie niedostateczny jest lokal dla celów dydaktycznych; niema pokoju dla dyżurnych uczennic, szatni, że zatem w szkole, do której uczęszcza około 80 uczennic rocznie, często zbierają się one i czekają w salce porodowej lub położniczej.

Dodajmy jeszcze, że ubikacye przeznaczone od lat na szkołę położniczą, są przez cały rok obłożone, że nigdy nie bywają na czas dłuższy opróżniane; że wśród wakacyj, mimo że szkoła zostaje zamkniętą, oddział położniczy, jako taki, istnieje dalej, tylko przechodzi pod kierunek prymaryusza szpitalnego. Raz w rok, w lecie, gdy jest najmniejszy stan chorych, wynosi się położnice, w celu oczyszczenia ścian, na korytarz i sale się oczyszcza.

Zdaje mi się, że tych słów kilka wystarczy, aby wykazać, że materyał mój jest bardzo do celów dydaktycznych wyzyskiwany i że warunki, w których jest pomieszczony, należą do możliwie najgorszych. Stosunki, jakie, co do pomieszczenia, istnieją na klinice w Würzburgu, są w porównaniu świetne. W obec tego sądzę, że nic nie stoi z tej strony na zawadzie, aby moje wyniki, z wynikami Hofmeiera, porównane być mogły.

Suum cuique: przedstawiwszy zatem prawdziwy obraz opłakanych stosunków, w jakich szkoła położnych w Krakowie jest pomieszczoną, przyznać muszę, iż tak rząd, jako też i dyrekcya szpitala, czynią wszystko możliwe, aby te opłakane stosunki przynajmniej w innym kierunku poprawić. I tak wyznać muszę, że aczkolwiek wszystkiego mamy szczupło, to przecież szkoła posiada wszystko, co w tych warunkach zrobić można, aby odpowiedzieć wymaganiom nauki. Nasze instrumenta i przybory są wykwintne i znachodzą się w najlepszym stanie, a opatrunki i leki mogą zaspokoić wybrednego klinicystę.

(Dokończenie nastąpi).

II. O trądzie w Bośnii i Hercegowinie.

Zestawił
Dr. J. Baschkopf,
lekarz pułkowy w Serajewie.

W krajach koronnych monarchii austro-węgierskiej, leżących z tej strony rzeki Litawy, czyli w tak zw. Cislitawii, nie stwierdzono właściwie dotychczas ani jednego przypadku trądu. Natomiast doniesiono w ostatnim czasie o jednem spostrzeżeniu trądu guzowatego (lepra tuberosa) w dalmatyńskiej miejscowości Lissie i o drugiem w Czarnogórze (Montenegro), tyczącem się 35-cioletniego mężczyzny (klinika Kaposiego w Wiedniu). A jeżeli wogóle nadarzała się od czasu do czasu sposobność spotkać w Austryi trędowatych, to byli to najczęściej ludzie, urodzeni w krajach wolnych od trądu, którzy w wieku młodocianym lub dojrzałym opuścili ojczyznę swoją i, gnani żądzą zarobku, udali się w celach przeważnie handlowych do takich krajów, w których trąd do nierzadkich należy cierpień. Nabawiwszy się tu, po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, tej strasznej choroby, wracali do kraju rodzinnego dla ratowania zagrożonego życia, nie wiedząc, lub może nie wierząc, że choroba ta, jak dotychczas, jest nieuleczalną. W statystyce, ogłoszonej przez prof. Kaposiego [1], przytoczono wielu takich chorych, wracających po 5—10-ciu latach do ojczyzny z St. Louis, Aleksandryi, Indyi Wschodniej, Australii, wysp morza chińskiego lub wschodnio-indyjskiego. Kilku z tych nieszczęśliwych trędowatych pochodzi z Galicyi.

Z tego wszystkiego wynika, że trąd jest w Austryi chorobą nadzwyczaj rzadką. To nam tłómaczy dlaczego może niejeden z lekarzy austryackich zna trąd chyba tylko z opisów i fotografii. Natomiast stosunkowo często napotykamy trąd w krajach, graniczących z państwem austro-węgierskiem, a przedewszystkiem, w „Nowej Austryi“ to jest Bośnii i Hercegowinie tak, że sprawa ta ma szczególnie dla części południowo-wschodniej Austro-Węgier, niemałe ze stanowiska ogólno-zdrowotnego, znaczenie.

Nie będzie więc od rzeczy podzielić się z czytelnikami „Przegl. lek.“ ważniejszymi szczegółami, odnoszącymi się do sprawy trądu w tych, do Austryi przyłączonych, prowincyach południowych, korzystając ze zestawień i statystyki, podanych do powszechnej wiadomości na odbytej w sierpniu z. r. konferencyi berlińskiej dla spraw trądu [2]. Narady tego Zjazdu miały umożebnić rządom, tak krajów już nawiedzonych trądem, jak i zagrożonych tylko zawleczeniem tej choroby, zarządzenie wszystkiego tego, co do walki z trądem uznanem zostanie za odpowiednie. Ponieważ w takiem położeniu znajduje się także Bośnia i Hercegowina, dlatego rząd tych krajów wysłał, celem wzięcia udziału w naradach, dwóch swoich przedstawicieli, mianowicie radzcę dworu J. Neu-

[1]) „Mittheilungen und Verhandlungen der internationalen wissenschaftlichen Lepra-Conferenz zu Berlin im Oktober 1897“. W Berlinie 1897 roku wydane nakładem Aug. Hirschwalda.

[2]) Zjazd ten zawdzięcza swoje przyjście do skutku zdaniu badaczy, zajmujących się sprawą trądu, że rozstrząsanie wspólne wszystkich tych spraw stanowić powinno podstawę do polecenia pewnych zarządzeń, prowadzących do ograniczenia lub, — jeżeli to możebnem, — do zupełnego stłumienia epidemii tej groźnej choroby. Komitet zjazdowy ogłosił wykłady i doniesienia listowne drukiem, w osobnem dziele, w którem znalazły pomieszczenie także sprawozdania reprezentantów rządu bośniacko-hercegowińskiego, a przedewszystkiem prof. Neumanna statystyka trądu w Bośnii i Hercegowinie.

manna, profesora dermatologii na wszechnicy wiedeńskiej i radzcę zdrowia, Dra L. Glücka, prymaryusza szpitala krajowego z Serajewa.

Lekarze ci śledzili z wielką uwagą przebieg rozpraw, wygłoszonych przez najznakomitszych badaczów trądu wszystkich części świata, gdyż od wyniku tych rozpraw uczynił rząd bośniacko-hercegowiński zawisłem dalsze postępowanie, zmierzające do stłumienia choroby w tych prowincyach.

*

Wielokrotnie stwierdzono, że poszukując nowych ognisk trądu, w jego rozmaitych postaciach (nerwowa, plamista, guzowata), natrafiono na takie miejscowości, nawiedzone tą chorobą, które dotychczas były uważane za zupełnie od niej wolne; fakt ten musi napawać rządy pewną obawą. Badacze trądu twierdzą, że jest on chorobą zakaźną, przenoszącą się z człowieka na człowieka przez zetknięcie, czyli przyrzut, mogącą tym sposobem stać się źródłem rozszerzenia się nagminnego na szersze warstwy ludności.

Niemniej państwa, sąsiadujące z dotkniętymi trądem krajami, nie mogą nadal obojętnem spoglądać okiem na tę sprawę, gdyż groza zawleczenia choroby, przy sposobności wędrówek lądem i morzem z krajów zarażonych do krajów na razie wolnych, jest wcale nie mała. Wobec takiego stanu rzeczy uzasadnionem jest zupełnie wielkie zainteresowanie rządu bośniacko-hercegowińskiego sprawą trądu, który wcale tam nie jest rzadkością, jak o tem poucza statystyka (dotychczas jest przeszło sto przypadków niewątpliwych), skrzętnie zbierana, odkąd lekarze rządowi mają specyalnie w tym kierunku zwróconą baczną uwagę. Wobec naszych obecnych wiadomości o istocie trądu nie ulega wątpliwości, że najdokładniejsza kontrola wspomnianych stosunków, jak przenoszenie się ludzi z krajów, chorobą dotkniętych, do krajów od niej wolnych, leczenie i ewentualne przymusowe odosabnianie osobników chorych, obserwacya chorych, o trąd podejrzanych i t. p., może stanowić najważniejszą broń w walce z tym groźnym wrogiem ludzkości.

Słuszności tych zapatrywań dowodzi doniesienie znakomitego znawcy trądu, Armauera Hansena, wygłoszone na konferencyi berlińskiej. Na podstawie wieloletnich swych doświadczeń, zebranych w Norwegii, czuje się on uprawnionym do twierdzenia, że bez odosobnienia choroba się szerzy, a odwrotnie, przy systemie izolacyjnym wygasa, tak, że z początkiem nowego stólecia można się spodziewać zupełnego wygaśnięcia trądu w Norwegii, pomimo wielkiego tam rozpowszechnienia jego. Tylko to odosobnianie musi być koniecznie obowiązkowem a nie pozostawionem woli chorych; następnie musi ono mieć miejsce nie w mieszkaniach trędowatych, najczęściej ludzi ubogich i nie posiadających dostatecznego zrozumienia niebezpieczeństwa, jakie sami przedstawiają dla swojego otoczenia; izolacya powinna mieć miejsce o ile możności w szpitalach, lub w specyalnych zakładach leczniczych t. j. w trędowiskach (leprosoryach)[3].

[3]) Tym stosunkom czynią zadość następujące postulaty Hansena: przenoszeniu trądu można zapobiedz przez przestrzeganie czystości, tak samej osoby, jak i jej otoczenia; odosabnianie trędowatych można więc ze skutkiem przeprowadzić w ojczyźnie trędowatych. Gdzie jest wielu i to ubogich trędowatych, odosabnianie w domu jest najczęściej niedostateczne; dla tego powinno państwo tworzyć specyalne zakłady izolacyjne dla pielęgnowania tych nieszczęśliwych chorych. Oddawanie do takich zakładów musi być, według okoliczności, dobrowolne lub obowiązkowe.

Odpowiednio też do tych warunków widzimy wielkie zajęcie się tą sprawą władzy, powołanej do czuwania nad zdrowiem publicznem w Bośnii i Hercegowinie. Życzyć należy tym organom, by ich usiłowaniom udało się do tego stopnia poprawić te smutne stosunki, by raz zniknęły z ulic bośniackich owe „obrazki ze Wschodu“, przejmujące człowieka zgrozą i współczuciem, a zarazem i te sceny żebracze, w których wynędzniałe postacie usiłują wzruszyć litość przechodnia okazywaniem publicznem zniekształtnień zrządzonych przez trąd.

*

W roku 1890 wysłało austryackie ministerstwo dla spraw wspólnych prof. Neumanna do Bośnii i Hercegowiny, z poleceniem bliższego zbadania rozmaitych chorób skórnych, przydarzających się w wspomnianych krajach i przedłożenia następnie odpowiednich wniosków do ich zwalczania. Podczas pierwszego tego objazdu powiodło się prof. Neumannowi odszukać 8 przypadków niewątpliwego trądu. Stwierdziwszy więc tym sposobem istnienie tej choroby w krajach zajętych, w których ona do tego czasu była zupełnie nieznaną miejscowym lekarzom, uważającym ją prawdopodobnie za kiłę, widział się Neumann uprawnionym do zwrócenia uwagi rządu na to niespodziewane i przykre odkrycie. Rząd porozsyłał lekarzom swym w Bośnii i Hercegowinie arkusze z odpowiedniemi pytaniami do wypełnienia. Daty, tym sposobem zebrane i utrwalenie przypadków chorobowych, zapomocą zdjęć fotograficznych, przyczyniły się nie mało do poznania choroby i jej topograficznego i etnograficznego rozszerzenia się w kraju. Lekarze rządowi, biorący udział w poszukiwaniach Neumanna, nauczyli się przy tej sposobności trafnie chorobę tę rozpoznawać. Dalszym krokiem w usiłowaniach dokładniejszego poznania stanu rzeczy było wystawianie nowych szpitali powiatowych, głównie zaś wzorowo wyposażonego szpitala krajowego w Serajewie, w którym Dr. Glück i prosektor szpitala, Dr. Wodyński, przeprowadzali na trędowatych dokładne badania kliniczne, anatomiczno-patologiczne i bakteryologiczne. Tak więc połączonemi siłami rządu i jego lekarzy, doprowadzono sprawę do tego, że poznano możliwie dokładnie rozszerzenie się trądu w prowincyach zajętych. Niebawem podaną zostanie do publicznej wiadomości statystyka trądu w Bośnii i Hercegowinie.

Neumann, stwierdziwszy w r. 1896 pierwsze przypadki trądu w kraju zajętym, zwrócił się do obecnie już nieżyjącego — Danielssena, jednego z najgłośniejszych badaczy trądu, prosząc o radę. Danielssen polecił wtedy, jako najlepszy środek do stłumienia choroby, urządzenie odpowiedniego schroniska dla trędowatych. Obecnie plany takiego trędowiska (leprosoryum)[4]), skutkiem polecenia rządu, już są wykończone. Badania i wyniki, które podali na konferencyi berlińskiej najznakomitsi znawcy trądu, mają być spożytkowane w celach dalszych badań nad trądem w krajach zajętych.

Od kilku już lat podjęte badania, głównie w szpitalu

[4]) P. Hellat z Petersburga poleca kolonie trędowatych — „Lepra-Colonien“, jako najlepsze urządzenie tego rodzaju. Jest bowiem rzeczą nieludzką, zbyt kosztowną i nieodpowiednią wykluczać ludzi zdrowych i silnych, jakimi są prawie zawsze trędowaci przez pierwsze 3—5 lat, a trędowaci z postacią nerwową nawet przez dziesiątki lat, od wszelkiej pracy, skazując ich na bezczynność, do której nie są przyzwyczajeni, jak tego właśnie wymagają leprozorye zamknięte; łatwo bowiem można wtedy natrafić na opór i ucieczki z takich zakładów („Lepra-Conferenz“).

serajewskim, wykazały, że w kraju zajętym przydarzają się obie postacie trądu, t. j. tak guzowata jak i nerwowa, i to w stosunku, jak 4 : 1. Pojedyncze przypadki przedstawiały zboczenia od typowego obrazu chorobowego trądu, gdyż stwierdzono także wrzody na dolnych kończynach i wybuchy pęcherzycy (pemphigus) na błonie śluzowej łuków podniebiennych, jako objawy swoiste.

(Dokończenie nastąpi).

III. Dna (podagra) i jej leczenie w limanowych kąpielach odeskich.

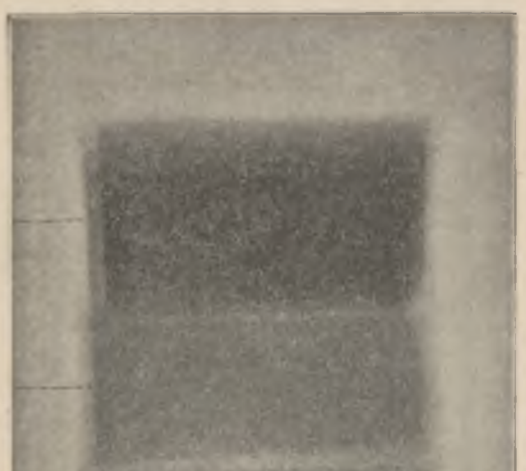
Podał

Dr. F. Jachimowicz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 13).

Z trzech wyżej przytoczonych przypadków zdjęto fotografię tylko z dwóch chorych. W przypadku Dra P., (Tab. V), obrzęk stały średniego stawu małego palca trwał już kilka miesięcy. Przypatrzywszy się kości w tem miejscu, wyraźnie widzimy jaśniejsze plamy, które przedstawiają się nawet wystającemi. Te nie są tylko złogami na kościach, lecz w nich samych, w przeciwnym razie przeświecanie nie mogłoby dać jaśniejszych plam, gdyż promienie byłyby zatrzymane tkanką zdrowej kości. Przypatrzmy się końcom palców chorego M., (Rys. V, *patrz Nr. 13 Przegl.*), na których także w miejscach kości, gdzie się utworzyły złogi moczanów, są nierówności i jasne plamy, a nad niemi powstały zgrubienia w kształcie obrzęków części miękkich.

Chcąc sobie wyjaśnić pochodzenie i odcienia tych plam, zrobiłem Röntgenowskie zdjęcia małych pudełeczek papierowych, głębokich na 2 centymetry, napełnionych solami: fosforanów wapniowych (Phosphas calcis), moczanów wapniowych (Calcium uricum) i moczanów sodowych (Natrum uricum). Sole te sprowadziłem z fabryk niemieckich. Na Rys. VI, widać wyraźnie, o ile jaśniej przedstawiają się moczany



Rys. 6.

wapniowe i sodowe, w porównaniu z fosforanami wapniowymi. Odcień przypomina zupełnie ten, który widzimy na fotografiach chorych rąk.

Przypatrując się tym trzem, wyżej opisanym przypadkom, przekonujemy się, że są one identyczne, chociaż na pozór różnią się między sobą. W przypadku Jen. B. i Dra P. dokonane rozbiory złogów dnawych (artrytycznych), czego w przypadku trzecim, u P. M., nie można było uskutecznić. Tam, gdzie można było dostać masę złogową, ta była biała i składała się z moczanów wapniowych i sodowych. Fotografie Röntgenowskie dały cechujący obraz i przekonały, że tam, gdzie niema dostępnych złogów, fotografia wystarcza do wyjaśnienia.

Badania podobne były już wykonane we Francyi. Potain i Serbanesco robili te doświadczenia i, w sprawozdaniu, złożonem Akademii, wyrazili tylko domysł, że plamy jaśniejsze muszą powstawać w złogach moczanowych; lecz badacze ci nie mieli możności stwierdzenia tego analizą, jak to zostało przeprowadzone w dwóch moich przypadkach, których historyę choroby tu przytoczyłem.

W tych trzech przypadkach, o których mówiliśmy, rozpoznanie choroby nie było trudnem. Objawy kliniczne stwierdzały, że było to cierpienie przewlekłe, rozwijało się powoli i wyróżniało się bólami, trudnością w wykonywaniu ruchów (w rozmaitym stopniu), obrzmieniem stawów i ogólnym upadkiem sił. U wszystkich trzech chorych były następnie ostre napady, mniej lub więcej częste i silne. Dziedziczność dała się stwierdzić i występowała jako główna przyczyna rozwijania się choroby. Sposobem życia nie przyczynił się żaden z nich do choroby, gdyż nie byli to sybaryci; jeden z nich, generał artyleryi w czynnej służbie, drugi lekarz, trzeci skończył szkoły, służył w wojsku, dziś zaś jest pracowitym gospodarzem wiejskim, a zresztą ma obecnie zaledwo 30 lat.

Rozbiory moczu, jak widzieliśmy, dały te same wyniki. Analiza złogów, lub zdjęte z nich Röntgenowskie fotografie, potwierdziły rozpoznanie.

Podobnych chorych przyjeżdża obecnie do kąpieli limanowych znaczna liczba. Rozejrzyjmy się w leczeniu ich: Jest we zwyczaju na Limanie naznaczać chorym kąpiele szlamowe w każdym przypadku, jeśli przy badaniu stwierdza się obrzęk stawów, ból i ograniczenie ruchów w stawach. Tak postępujemy już od lat wielu, a dodam, że z korzyścią dla chorych; leczenie to zawsze przynosi znaczną poprawę. Bliższe poznanie choroby stwierdza te korzyści lecznicze i daje nam uzasadnione przekonanie, czego właściwie spodziewać się możemy w każdym nadarzonym przypadku.

Analizy moczu i masy, dobytej ze złogów (tophi), gdzie te były dostępne, oraz Röntgenowskie zdjęcia fotograficzne, dają nam możność rozpoznawania nieomylnego i szczegółowego tam, gdzie historya choroby, etyologia, badanie zewnętrzne i czucie podmiotowe chorego, wskazywały na skazę moczanową (Diathesis urica).

Leczenie kąpielami szlamowemi, jeśli jest przeprowadzone racyonalnie i cierpliwie, usuwa w ciągu dwóch lub trzech sezonów stwardnienia, skrzywienia, bóle i utrudnienia ruchomości w stawach, jeśli przyczyną ich jest gościec. Nawet, jak to wykazały spostrzeżenia Dra Filipowicza i innych, wady zastawek sercowych, powstałe w przebiegu gośca, często poprawiają się. W dnie (podagrze) nie możemy się spodziewać tak doszczętnych wyników leczniczych.

Jednak zapomocą szlamowych kąpieli osiągamy i w tej chorobie dość znaczne korzyści. Po sezonie, przepędzonym na Limanie, przy stósownem zachowaniu się, jeśli chory mógł wziąść dwadzieścia do trzydziestu szlamowych kąpieli, stają się ostre napady niezaprzeczenie rzadsze, lub ustają zupełnie na czas dłuższy; ruch w stawach bywa więcej swobodnym, ogólny stan zdrowia poprawia się widocznie. Podobny przebieg widzieliśmy w pierwszym z przytoczonych tu przypadków u jenerała B.: po sezonie w roku 1896, w którym wziął 25 kąpieli szlamowych, przez cały rok nie miał ostrych napadów; a ten, co nastąpił po roku, był łagodny; tymczasem poprzednio zapadał regularnie dwa lub trzy razy do roku i to nieraz cierpiał po kilka tygodni. Bóle, jak opowiadał, były zawsze bardzo gwałtowne i długotrwałe. Po każdym ostrym napadzie złogi (tophi) zwiększały się i przybywały nowe; natomiast po odbytych kąpielach szlamowych nie tylko nie przybyły nowe, ale dawniejsze znacznie się zmniejszyły. Ogólny stan zdrowia także wybitnie się polepszył; choremu przybyło kilkanaście funtów wagi, wrócił sen i łaknienie; ruchomość w stawach stała się nadspodziewanie łatwiejszą; chory zaczął jeździć konno i pełnić obowiązki w czynnej służbie. Miał on zamiar powtórzenia leczenia w roku następnym, ale przeszkody, niezależne od woli chorego, stanęły temu na zawadzie. W sierpniu odebrałem list, w którym skarżył mi się na nowy napad ostrych bólów, nierównie jednak słabszy, niż były poprzednie. Podobny przebieg widzimy także u chorego P. M.: w roku 1897 wziął on 16 szlamowych kąpieli. Polepszenie nastąpiło widoczne, tak stanu ogólnego, jak i objawów miejscowych. Polepszenie to trwa dotąd.

O trzecim chorym, Drze P. niemam jeszcze wiadomości.

Sądząc z wyników leczenia takich chorych w mojej lecznicy na Limanie, w ciągu lat 15-tu, których zanotowałem 45, oraz wnosząc z otrzymanych wyników leczenia tych trzech chorych, którzy przeważnie przysporzyli treści do napisania niniejszych uwag, możemy utrzymywać, że szlamowe kąpiele na Limanie są środkiem bardzo skutecznym do zwalczania dny (podagry).

Zwiększając wymianę materyi w ustroju, pobudzając wsysanie, pomagają one do poprawienia kształtu i ruchomości chorych stawów; a zluźniając przytem naprężenie tkanek, zmniejszają bóle.

Jeśli jednak stwierdzamy polepszenie po kilkunastu szlamowych kąpielach, nie idzie zatem, żeby one wystarczały do wyleczenia, tak jak to ma miejsce w gośćcu. Tam, gdzie idzie o zmianę patologicznych spraw odżywczych w ustroju, w którym te zaburzenia chorobowe trwają lata całe, a dziedziczą się przez kilka pokoleń, nie należy liczyć na to, aby leczenie przyniosło prędkie i stałe skutki. Sądzę, że leczenie dny (podagry) musi trwać lata całe, a przynajmniej, powtarzać się, od czasu do czasu, przez lat wiele.

Długoletnie spostrzegania klinicystów, którzy się zajmowali tą sprawą, wyjaśniły pożyteczność stósowania pewnych przepisów do codziennego życia, a zwłaszcza przestrzegania stósownej dyety. Wskazali nam ci badacze na korzyści, jakie osiągnąć mogą chorzy na dnę przy używaniu alkalicznych wód mineralnych.

Z mej strony pragnąłbym tylko zaznaczyć, że przy odpowiedniem życiu i stósowaniu znanych środków, używanie kąpieli szlamowych może bardzo znacznie ułatwić trudne zadanie leczenia dny.

Wiadomo, że leczenie na Limanie znakomicie poprawia wszystkie sprawy odżywcze w ustroju; sądzę, że wszelkie procesy organiczne, a nawet sprawy wsteczne, które bywają czynne przy powstawaniu w tkankach kwasu moczowego i rozkładaniu się jego soli, mogą się przeobrażać, gdy się zmienia wogóle w ustroju proces odżywiania się tkanek, co ma miejsce przy działaniu szlamowych kąpieli.

Leczenie podagry na Limanie ma za zadanie:

1) Zmienić warunki odżywiania się tkanek w ustroju, co się osiąga użyciem kąpieli szlamowych przy stósownej higienie i dyecie. Prawdopodobnie ma to leczenie także wpływ na wydzielanie się kwasu moczowego. Do wypowiedzenia podobnego zdania upoważnia nas ta okoliczność, że ostre i przewlekłe cierpienia, zależne, jak wiemy, od ilości i jakości soli moczowych, ulegają wpływom tego leczenia.

2) Przez przyśpieszenia wsysania, zmniejszają się cierpienia chorego, poprawia kształt i czynność ruchowa stawów.

Obok leczenia kąpielowego, uważamy za właściwe, a nawet konieczne, stósowanie wszelkich innych środków, wskazanych przez naukę i doświadczenie, a mianowicie: uregulowanie sposobu życia, przestrzeganie zasad higieny i dyetetyki, a także używanie takich środków, jak wody mineralne (Karlsbad, Vichy, Contrexeville, Bilin, Vals, Essentuki, Borżom i inne). Chwalone są bardzo wody, w skład których wchodzi lit; środkowi temu przypisują ważne znaczenie. Próbowano także wprowadzać go miejscowo, zapomocą elektrolizy i jak utrzymują, z dobrym skutkiem.

Prof. Pehl w Petersburgu zachwala wstrzykiwania podskórne lub użycie wewnętrzne sperminy.

Pozostają jeszcze środki lekarskie, jak: zimowit jesienny (Colchicum), tojad (Aconit), jod, salicylan sodowy i t. d., nie powinny one być zapoznawane, gdyż często bywają stósowane z dobrym skutkiem, osobliwie w napadach ostrych i wchodzą w skład mnóstwa przetworów, codziennie zachwalanych.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. C. Kahlden: **Technik der histologischen Untersuchung pathologisch-anatomischer Präparate...** (*Jena 1898, V. Auflage* 8⁰ str. VIII. i 154).

Znanego podręcznika techniki patologiczno-histologicznej wyszło właśnie świeże piąte wydanie. Książka ta, odznaczająca się wybornym układem, stała się ulubionym poradnikiem w pracowniach anatomiczno-patologicznych i klinicznych. Dotąd pojawiły się tłómaczenia tego podręcznika w językach angielskim, włoskim, rosyjskim i francuskim, a to samo już dowodzi wartości dziełka.

Obecne wydanie, znacznie rozszerzone, pomieszcza najnowsze zdobycze w dziedzinie techniki drobnowidowej. A więc uwzględnia obszernie utwardnianie formaliną, rozmaite nowe sposoby barwienia w zakresie bakteryologii, hematologii, a zwłaszcza barwienia układu nerwowego, wstrzykiwanie błękitu metylenowego dla zabarwienia nerwów („barwienie żywcem" = „vitale Methylenblaumethode"), najnowsze sposoby barwienia komórek zwojowych podług Nissla itd.

Uderza jednakowoż pominięcie tu i ówdzie zupełnem milczeniem nowszych zdobyczy. I tak, ani słówkiem niewspomniał autor o ziarninach przyjądrowych Neusserowskich, jak również o odczynach mikrochemicznych krwi w cu-

krzycy, o odczynie wanilinowym ciałek eozynochłonnych, o odczynach aldehydowych.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Dr. E. Fink (Hamburg): **Die Fremdkörper in Nase und Ohren.** *(Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie.* Wydane przez Doc. Dra Hanga w Monachium. Gustaw Fischer. Jena II. T. Z. VIII).

Ważność przedmiotu, w tytule podanego, sama za siebie przemawia. Wszak wiadomo, jak często dzieci i umysłowo chorzy, jakby ulegając jakiemuś popędowi instynktowemu, wkładają sobie ciała obce do nosa. Roztrząsnąwszy rozmaite sposoby wdostawania się ciał obcych do tych jam, dalsze ich losy i następstwa ztąd wynikające, przedstawia F. metody lecznicze. Zupełnie słusznie podnosi autor, że w tem cierpieniu jest o wiele ważniejszem dla lekarza wiedzieć to, czego powinien zaniechać, niż to, co ma czynić. Doświadczenie bowiem uczy, że obce ciała, znajdujące się w nosie, po większej części są nieszkodliwemi, a powikłania pochodzą przeważnie z niestósownych prób wydobycia ich. Gdy zaś, mimo przestróg i upomnień, napotyka się jeszcze często zgubne następstwa niezręcznych zabiegów lekarskich i zaniedbanie najkardynalniejszej zasady lecznictwa *primum non nocere*, należy życzyć powodzenia i rozszerzenia się między lekarzami prac, zmierzających do zmniejszenia ofiar braku doświadczenia i zręczności, acz połączonych z dobrą wolą. Do takich prac należy rozprawa Finka. Znajdzie tam czytelnik wiele bardzo użytecznych uwag i wskazówek praktycznych, podanych w sposób przystępny, a zdolnych zatrzymać zbyt pochopnych do zabiegów lekarzy od nieroztropnych i nierozmyślnych rękoczynów.

Czytając tę pracę, doznaje się nie tylko pożytku, ale także prawdziwego zadowolnienia, dla jej wszechstronnych zalet.

Spira.

V. Wyciągi.

Spiegelberg: **Przypadek** *„melaena neonatorum"* **z niezwykłem umiejscowieniem źródła krwotoku.** *(Prager medicinische Wochenschrift,* Nr. 6, 1898). „Melaena neonatorum" nie jest ściśle odgraniczoną jednostką chorobową, raczej oznaczamy tym mianem zbiór objawów (wymioty i stolce krwawe) różnych przyczyn. W przypadkach, w których wykazać można miejsce krwawiące, najczęściej spotyka się owrzodzenie w żołądku lub w jelitach. W jednym przypadku, opisanym przez Henocha, krwawienie pochodziło z owrzodzenia, położonego w przełyku, tuż nad wpustem żołądka. Przypadek opisany przez S. jest analogiczny do przypadku Henocha. U dziecka zmarłego wśród objawów „melaena neonatorum" stwierdzono przy sekcyi w błonie śluzowej przełyku, na przejściu do wpustu, owrzodzenie, z którego krwotok śmiertelny pochodził.

R.

Dr. M. Gesselewicz i Dr. R. Wanach: **Zapalenie otrzewnej z przedziurawienia jelita w durze brzusznym i jego leczenie operacyjne.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten d. Medizin u. d. Chirurgie,* T. II, str. 32 i n.). Praca ta, zasługująca na pilne przestudyowanie, obejmuje wszystko co wiemy o zapaleniu otrzewnej, powstającem skutkiem przebicia się wrzodu durowego w jelicie. Powikłanie takie duru brzusznego na szczęście nie zdarza się często, bo tylko w ½ lub 1% wszystkich przypadków duru, a w przypadkach śmiertelnie się kończących, jako przyczyna śmierci występuje w 10·94%. Powiedzieliśmy „na szczęście", gdyż powikłanie to niemal bezwzględnie prowadzi do śmierci. Bezsilną wobec niego jest terapia wewnętrzna. Słusznie zatem zrobił Leyden w roku 1884, kiedy zwrócił uwagę chirurgów na to powikłanie, bo na tej tylko drodze żywić można niejaką nadzieję utrzymania chorego przy życiu. Prawda, że nadzieja ta jest bardzo słabą, lecz nie pozbawioną pewnych rzeczywistych podstaw. To też krzywdę czyni nauce i chorym Fürbringer, kiedy w zupełnem zwątpieniu czyni znak krzyża nad chorym, cierpiącym na *peritonitis perforativa.*

Że przebicie się wrzodu durowego występuje najczęściej w 3-cim okresie choroby i z jakich powodów, to rzecz powszechnie znana. Znanymi są też objawy tego nieszczęsnego powikłania. Autor przejrzawszy 69 historyj chorób, z których 5 pochodziło z własnej obserwacyi, stwierdza raz jeszcze, że niema ani jednego patognomonicznego objawu, po którymby można rozpoznać, co się stało. Jedynie nagle rozwijające się objawy zapalenia otrzewnej, gwałtowny ból w brzuchu, zmiany w tętnie i oddychaniu, jako też wyraz twarzy, mogą naprowadzić na drogę prawdziwego i bardzo ważnego rozpoznania. Inne objawy, które chciano uznać za cechujące, mogą występować, lecz jak z jednej strony może ich braknąć, tak znów z drugiej spostrzegano je nierzadko i w innych cierpieniach. Należą tu: zniknięcie stłumienia wątrobowego (Traube), chlupanie dźwięczne (Gerhardt), szmery amforyczne (J. Tomdnowski), niemożność stwierdzenia ani wzrokiem, ani dotykiem, ani słuchem ruchów robaczkowych (E. Wagner), szmer, podobny do owego, jaki powstaje, gdy gazy przez płyn, we większych bańkach, na powierzchnię się wydostają (S. Lewanow), nagłe zwiększenie się ilości leukocytów we krwi (Finney). (Zauważyć należy, że owe zmiany w tętnie, o których autor wspomina, nie polegają bynajmniej na jego przyśpieszeniu i zmianie jakościowej na gorsze. Prof. A. Gluziński, w „Przeglądzie lekarskim" Nr. 43 i 44 z r. 1895, wspomina o przypadku przedziurawienia jelita w durze, gdzie po fakcie dokonanym nastąpiło zwolnienie tętna i poprawa jego jakościowa. Fenomen ten zależy od wessania gazów, powstających z gnijącego białka. Przyp. Sprawozdawcy). Ciepłota może się obniżyć, lecz także wśród dreszczów może się nagle podnieść.

Pamiętać przy tem wszystkiem należy jeszcze o jednem, mianowicie, że zaparcie stolca w przebiegu duru brzusznego może wywołać zbiór objawów naśladujących *peritonitis e perforatione.* Taki przypadek obserwowali i opisali Herringham i Bowlby.

Gdy na podstawie powyższych wskazówek pewni jesteśmy swego rozpoznania, przystąpić należy do zabiegu operacyjnego. Lecz kiedy operować? W świeżych przypadkach, więc tam, gdzie od chwili przedziurawienia nie upłynęło jeszcze więcej, jak 24 godzin — natychmiast. Bezwłocznie też należy wystąpić czynnie w przypadkach rozlanego zapalenia otrzewnej. Zwlekać i wyczekiwać sposobniejszej pory można tylko tam, gdzie zapalenie otrzewnej ogranicza się.

Autor sądzi, że operować należy w uśpieniu, ale nie zupełnem, używając mięszaniny chloroformowo-kokainowej, lub, gdyby stan narządu oddechowego był wyjątkowo dobrym, eterowo-kokainowej. Chloroform (i eter) podawać należy tylko w okresie czynności, sprawiającej ból choremu, a więc tylko podczas wycinania otrzewnej, tamponowania jamy otrzewnowej, lub wydobywania kiszek na zewnątrz. Samo zaś szycie, przecinanie i wycinanie jelit znosi chory bez bólu.

Jamę brzuszną należy otwierać w linii środkowej, między pępkiem a spojeniem łonowem. Zasadniczo należy odszukać miejsce przedziurawienia i usunąć je. Przy tej czynności unikać należy ewentracyi jelit, bo tę chorzy zwykle źle znoszą. Najlepiej zatem wyszukać sobie jelito ślepe i stąd, idąc wzdłuż jelita biodrowego, wyszukać otwór w jelicie. Chronić jednak należy zrosty, o ile na to stosunki pozwalają. Wyszukawszy otwór, możemy go albo zaszyć, albo też jelito wyciąć. Pierwszy zabieg łagodniejszy. Są jednak przypadki, w których wycięcie jelita zdaje się być odpowiedniejszem. Autor zaleca wycinanie w przypadkach, w których wrzody durowe są liczne, ale na krótkiej przestrzeni usadowione, albo gdy nieliczne wrzody drążą głęboko przez ścianę jelita tak, że słusznie obawiać się możemy jeszcze późniejszego przedziurawienia, lub wreszcie gdy już kilka wrzodów równocześnie przebiło się. Dwa ostatnie wskazania, tłómaczą się same: pierwsze wymaga pewnego objaśnienia. Istnieją mianowicie pewne doświadczenia, a i rozważanie teoretyczne

do tego samego wniosku prowadzi, że po usunięciu ogniska, z którego cały ustrój ulega zakażeniu, dalszy przebieg właściwej choroby będzie łagodniejszy.

Po opatrzeniu jelita zapuszcza się je do jamy brzusznej i z porządku rzeczy przystąpić należy do opatrzenia otrzewnej, wzgl. jamy przez nią zamkniętej.

Zmiany anatomiczne, jakie na otrzewnej w tych przypadkach spostrzegamy, zawsze przedstawiać będą obraz zapalenia, lecz różnego nasilenia. Raz będzie to zapalenie gnilne (septyczne) ogólne, z bardzo skąpym wysiękiem, lub nawet bez niego; kiedyindziej będzie zapalenie z wysiękiem posokowato-ropnym, jeszcze u innych chorych zapalenie będzie również obejmować całą otrzewnę, lecz wysięk będzie włóknikowo-ropnym; a w końcu zapalenie przybrać może cechę najłagodniejszą i ograniczyć się na pewnej tylko przestrzeni. W pierwszych trzech przypadkach postępować należy chyba analogicznie. Wypuścić wysięk, a potem otrzewnę wytrzeć i resztki wysięku wymaczać. Lecz w końcu, czy przepłókiwać jamę brzuszną, czy nie? Różni różnie radzą. Autor skłania się do postępowania chirurgów amerykańskich, którzy b. często przepłókują i dobre mają wyniki. Najlepiej przepłókiwać wodą przegotowaną, czystą, lub z dodatkiem soli kuchennej.

Płyn wlewać należy słabym promieniem i pod nizkiem ciśnieniem. W razie wysięku otorbionego, należy postępować mniej energicznie, zrostów nie rozrywać, zaniechać przepłókiwania etc.

Po skończonej operacyi jamę brzuszną należy zostawić otwartą i dobrze ją wytamponować, szczególnie w bocznych i tylnych okolicach, oraz małą miednicę. Prawda, że tamponowanie nie jest bez niebezpieczeństw. Paretyczne jelita mają skutkiem tego utrudnione ruchy i należy obawiać się groźnych objawów „ileus paraliticus“. Niestety, tamponada jest konieczną. Przed wspomnianem niebezpieczeństwem w małym tylko stopniu chroni pozostawienie jelit w ich możliwie naturalnem ułożeniu.

Przy takiem lub podobnem postępowaniu różni chirurdzy różne mieli wyniki. Ogółem, biorąc literaturę całą bez zastrzeżeń, operowano skutkiem przebicia wrzodu durowego w jelicie 69 chorych i osiągnięto 17 wyleczeń. Gdy jednak odliczymy przypadki, nie wytrzymujące ścisłej krytyki co do natury przedziurawienia, pozostanie niewątpliwych 63 operacyj z 11-stoma uleczeniami. Zatem liczba wystarczająca, by wykazać bezzasadność zdania Fürbringera, nie wystarczająca jednak, by pouczyć chirurga, jak ma w danym razie rokować, co do wyniku samej operacyi. W tym bowiem nielicznym poczcie uleczonych mieszczą się tak różne przypadki, że jedyna odpowiedź, na jaką nas dziś stać, co do wyniku operacyi, brzmieć będzie: wyleczenie, to przypadek szczęśliwy! *Herman.*

Pielicke: **Choroby stawów na tle kiły.** *(Berl. klin. Woch.* 1898, 4. 5.) Autor przyjmuje podział Virchowa t. j. zapalenia stawów pod postacią zwyczajną i zapalenia ze zmianami cechującemi kiłę. 1. Zwykłe zapalenia występują zazwyczaj w większych stawach, najczęściej kolanowym i to w jednym lub kilku stawach większych naraz, z wyraźnym wysiękiem, bolesnością, szczególnie potęgującą się w nocy. Gdy więcej stawów zajętych, sprawa rozwija się ostro, jak w ostrym gośćcu stawowym. Ta postać kiłowego zapalenia stawów jest rzadką, a rozwija się obok zmian drugorzędnych, powracając przy nawrotach okresu wtórorzędnego. Podobna postać zapaleń, szczególnie stawu barkowego, występuje u dzieci, kiłą dziedzicznie obciążonych, o tyle jednak złośliwiej, że często do ropienia przychodzi. Te ostre i podostre zapalenia, gdy są zaniedbane, przechodzą w postać przewlekłą, trwającą nader długo, z małą tylko bolesnością i zaburzeniami w czynności stawów. Rokowanie jednak zwyczajnie jest dobre, gdyż leczenie przeciwkiłowe doprowadza najczęściej do zupełnego wyleczenia. Przejście w ropienie spostrzega się tylko w kile dziedzicznej, lecz i w tych przypadkach leczenie przeciwkiłowe daje dobre wyniki.

2. Zapalenia stawów kiłowe swoiste zdarzają się częściej i są obrazem sprawy kilakowej kości lub torebki stawowej. Najczęściej zajętym bywa staw kolanowy i to w okresie 3-orzędnym, zwykle z przebiegiem przewlekłym, rzadko ostrym. Kilaki torebki stawowej przedstawiają mało cechujący obraz; widzimy wtedy około stawu guzy chełboczące, z wysiękiem w stawie i zgrubieniem torebki surowiczej z trzeszczeniem i upośledzeniem czynności stawu. Wśród leczenia przeciwkiłowego zapalenie zwykle ustępuje, pozostawiając czasami trwałe upośledzenie czynności. Częstsze są sprawy wychodzące z kości i to: albo z okostnej w większych stawach, albo ze szpiku kostnego w stawach mniejszych. Rozpoczyna się najczęściej nagle gorączką, wysiękiem, obrzękiem i bolesnością znaczną nasad kości, staw składających. W tych przypadkach środki przeciwzapalne i jod nie mają skutku, a tylko rtęć wskazana. Gdy sprawa wychodzi ze szpiku kostnego, przebiega zwykle przewlekle, wysięk, często ropny, rozsadza kości i przebija się na zewnątrz, tworząc t. zw. *spina ventosa.* Ropienie przy tych sprawach jest tylko pozorne, bo ropa pochodzi tu z rozpadu kilaków, a wyjątkowo tylko i to w późniejszych okresach, przystępuje zakażenie ropne. Leczenie musi być przeciwkiłowe; gdy staw bardzo bolesny, podaje P.: *Rp. Hydr. bijod. 0,1:180 Kali. jod. 5,0 Vin. Xerens. 20,0 Ds.* 2 łyżki dziennie. Później stosuje wcierania lub wstrzykiwania. Zmiany następowe, pozostałe po tych sprawach zapalnych, należy leczyć jak w ogóle podobne zmiany: kąpielami, mięsieniem, gimnastyką.

Powstawanie spraw zapalnych w stawach na tle kiły, możemy sobie różnie tłómaczyć. Mogłyby być objawem ogólnego organicznego cierpienia, albo też można je sobie wyobrazić, jako następstwo zakażenia ustroju, tak jak przy innych chorobach: dławcu, płonicy, itp.; wreszcie możnaby je uważać za przerzuty bliżej nam nieznanego chorobotwórczego jadu kiłowego. Dalsze badania dopiero mogą tę sprawę w zupełności wyjaśnić. *F. K.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Przy zadawnionych odmrożeniach poleca Binz wcierać co wieczór przez 5 minut maść: „Rp. Calcar. chlor. 1,0 Ung. paraffin 9,0 M. f. ung. D. in vitro fusco“, a następnie każe szczelnie opatrzyć. Zwraca jednak uwagę, aby powyższy przetwór zawierał odpowiednią (25%) ilość chloru, co łatwo po silnej woni poznać można. Podobnie dobre wyniki dawał powyższy przepis przy czerwoności twarzy lub nosa (acne rosacea). F. K.

Baqué użył przy łuszczycy 10% maści salofenowej z bardzo dobrym skutkiem, stwierdził jednak zarazem, że przetwór ten, wewnętrznie podawany, nie działa na to cierpienie skórne, wreszcie, że daje dobre wyniki przy ostrym i podostrym gośćcu stawowym. F. K.

Autorowie francuscy zachwalają znowu przy oparzeniach 1% roztwór kwasu pikrynowego, szczególnie w postaci okładów, co kilka dni zmienianych, zwracając przytem uwagę na wybitne działanie hemostatyczne tego środka. F. K.

W New-Yorku używają przeciwko piegom i plamom wątrobowym (ephelides et chloasmata) następującego leczenia: zmieszać 20,0 cukru i 0,05 sublimatu z białkiem jaja, do tego dodać 30,0 soku cytrynowego i wody do ilości 300,0. Mieszaninę tę co rano nałożyć na miejsca, plamami zajęte i dać jej wyschnąć. Albo pędzlem natrzeć roztwór: hydr. chloral 10,0, Ac. carbol.. Tct. Jodi aa 5,0. F. K.

Rosenbaum z Tyflisu zaleca nowy tłuszcz, „naftalan“ otrzymywany z kaukazkiego oleju skalnego. Ma on mieć tę wielką zaletę, że przez skórę łatwo bywa wessanym; a autorowie, którzy go używali, stwierdzają dobre działanie we wszystkich chorobach skórnych tam, gdzie zwykle bywa używany dziegieć, jak wyprysk w różnych postaciach, choroby skóry na tle grzybkowem, łuszczyca, nawet świerzb. Autor stosuje go na miejsca chorobą zajęte, po nasmarowaniu na płótno, poczem zakłada opatrunek lekko uciskający. (Therap. Monatsch. 1898). F. K.

Dr. Laaf zaleca nowe strzykawki rzeżączkowe, składające się z balonika (75 grm.) i kaniuli 12,5 ctm. długiej, a grubości

Nr. 16 skali francuskiej; na końcu kaniuli jest kilka otworków; wprowadza się ją do cewki moczowej i odbywa się przepłókiwanie podobnie jak przy metodzie Janeta. Środków leczniczych L. używa różnych, przestrzega tylko przed stósowaniem rozczynów zbyt stężonych. F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 9-go marca 1898.

Przewodniczący kol. prezes Jakubowski. Obecnych członków 35.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prezes odczytał zaproszenie na posiedzenie naukowe Towarzystwa im. Kopernika.

III. Kol. Zarewicz przedstawił chorego z pierwotnym wrzodem gruźliczym na języku i w lewym kąciku ust.

Wrzód ten, usadowiony na samym końcu języka, zajmuje, na przestrzeni korony, górną i dolną jego płaszczyznę. Powierzchnia wrzodu jest lekko wyniosłą, pokrytą drobno-ziarnistą, szaro-żółtą, ściśle przylegającą wypociną. Brzegi rąbkowane, miejscami zapuszczające się głębiej w płaszczyznę języka, są albo nieznacznie podminowane, albo też spadziste. Podstawa wrzodu naciekła. Błona śluzowa, otaczająca wrzód, zaczerwieniona na małej przestrzeni, a na tle tej czerwoności, w obwodzie wrzodu, znachodzą się drobne, do wielkości prosa, a nawet znacznie mniejsze, guziczki. Guziczki te, szaro-żółtej barwy, zapuszczają się w głąb tkanki językowej. Wrzód, znajdujący się w kącie ust, posiada niemal te same cechy; powierzchnia jego jednak jest więcej wyżarta, więcej pokryta ropną wypociną, a brzegi, osobliwie od strony błony śluzowej, są o wiele więcej podminowane niż na języku. Oba wrzody sprawiają choremu mierne, jak się chory wyraża, „szczypanie", występujące tylko przy spożywaniu potraw. Gruczoły podszczękowe i szyjne są powiększone, lecz niebolesne. Z innych objawów wyszczególnić należy chrypkę miernego stopnia, którą kol. Pieniążek przypisuje porażeniu *n. recurrentis*, powstałemu przez ucisk ze strony powiększonych gruczołów oskrzelowych.

W szczytach płuc niema żadnych zmian, natomiast wypuk po stronie lewej od tyłu i dołu wykazuje nieznaczne stłumienie, obok rzężeń, przy wdechu pęcherzykowym; drżenie klatki piersiowej jest po tej stronie osłabione. Chory kaszla miernie; zaprzecza jednak, by kiedykolwiek zapadał na płuca, co także poświadcza ojciec. Nadto na uwagę zasługuje niedokrewne wejrzenie chorego, obok mało rozwiniętego ciałotworu, albowiem, lubo tak chory, jak i ojciec podają wiek jego na lat 18, wejrzeniem swojem jednak odpowiada on raczej wiekowi lat 14. Zresztą narządy wewnętrzne i skóra nie okazują żadnych zboczeń. Mocz bez białka i cukru. Ciepłota ciała prawidłowa, trawienie dobre. W rodzinie całej nie można wykazać dziedziczności gruźlicy. Otóż na podstawie wejrzenia samego wrzodu, a osobliwie, na co wielki nacisk kładzie kol. Zarewicz, ze względu na znajdujące się w obwodzie cechujące gruzełki prosówkowate, rozpoznano wrzód gruźliczy mimo, że kilkakrotne badanie drobnowidowe nie wykryło prątków Kocha. Choroba trwa od 5 tygodni. Rozpoczęła się pierwotnie na języku, a we 2 tygodnie później przeniosła się dopiero na kącik ust. W pierwszym rzędzie, a osobliwie ze względu na znaczne a niebolesne powiększenie gruczołów podszczękowych, pomyśleć należy, czy nie mamy przed sobą pierwotnego wrzodu twardego, zwłaszcza, że pierwszego dnia po wstąpieniu chorego do szpitala sam kol. Zarewicz sądził, że ma z tego rodzaju wrzodem do czynienia. Uwzględniając jednak ową powierzchnię drobnoziarnistą, brzegi nierówne, ząbkowane, miejscami wyżarte, a nadewszystko owe, cechujące dla wrzodów gruźliczych, drobne, w obwodzie rozsiane, gruzełki, utwierdził się w rozpoznaniu wrzodu gruźliczego. Pierwotny wrzód kiłowy przedstawia zawsze ściśle ograniczone kontury, powierzchnia jego, choćby była ropą pokryta, jest gładka, a brzegi, jeśli wrzód jest drążący, są raczej spadziste niż podminowane. Szczegół ten, że prątków gruźliczych nie znaleziono, nie przemawia przeciw gruźlicy, gdyż, jak wiadomo, w zmianach niewątpliwie przyrody gruźliczej, niejednokrotnie ich wyśledzić nie można. Uwzględniając zaś brak zmian gruźliczych w innych narządach, brak dat anamnestycznych, któreby przemawiały za przebytem cierpieniem gruźliczem jak n. p. krwotoki płucne i t. p., brak wreszcie obciążenia dziedzicznego, przyjmuje kol. Zarewicz w niniejszym przypadku wrzód gruźliczy, jako wrzód gruźliczy pierwotny, nabyty w sposób niewiadomy. Chory oddany zawodowi szewskiemu; możebnem więc jest, iż przy skaleczeniu końca języka, wobec korzystnych dla zaszczepienia warunków, tutaj prątki Kocha dostały się, zagnieździły i wywołały w mowie będącą zmianę. (Streszczenie własne).

W dyskusyi nad powyższą demonstracyą wzięli udział kol. Borzęcki, Krokiewicz, Korczyński, Reiss oraz prelegent.

IV. Kol. Nowak Julian wygłosił następnie odczyt: O jadach wężów i skorpionów, oraz o ich działaniu. (Odczyt ten ogłoszony będzie drukiem).

W dyskusyi zabrał głos kol. Krokiewicz, nadmieniając, iż doświadczenia wykonane z jadami wężów przez Calmeta, podobnie jak doświadczenia Ehrlicha z abrynem i rycynem, mają niezwykle doniosłe znaczenie dla nauki o uodpornianiu ustroju i dla seroterapii, stanowiąc dla niej niejako podwalinę.

W krótkim wywodzie dał rzut oka na pracę Calmeta o tym przedmiocie, a mianowicie na wyniki doświadczeń z jadami wężów ze względu na własności fizyczne, chemiczne, zachowanie się ich wobec rozczynów chlorku wapniowego, na możność uodporniania zwierząt przystępnych dla jadu i zastosowania tej okoliczności do celów leczniczych i ochronnych; na zwierzęta odporne przeciwko jadowi wężów, na zachowanie się jadów wężów wobec surowicy zwierząt uodpornionych i nieuodpornionych, na zachowanie się jadu wężów wobec antytoksyn (błoniczych, tężcowych) i surowicy zwierząt uodpornionych przeciwko wściekliźnie. Następnie wspomina o doświadczeniach Frazera z jadem wężów, które w zupełności stwierdziły wyniki doświadczeń Calmeta. Nawiązuje do spostrzeżeń prelegenta, jakoby wątroba miała za zadanie niszczyć działanie szkodliwe jadów chorobowych w ustroju; rozwija teoryę odporności Ehrlicha, tak zw. „Toxophore Seitenketten-Immunität", która tłómaczyć może w niejednym przypadku sprawę uodpornienia ustroju, a która w doświadczeniach z jadem tężcowym, uskutecznionych przez Wassermanna i Takakiego, zyskała w zupełności potwierdzenie. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny: *Dr. Gorski.*

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

XXII Zgromadzenie ogólne członków d. 18 Marca 1898.

Przewodniczący Radca Dworu Prof. Korczyński. Sekretarz Dr. Stanisław Kwiatkowski. Członków obecnych 25.

1) Protokół z XXI ogólnego Zgromadzenia Wydawnictwa, wydrukowany w Nrze 40 Przeglądu lekarskiego, z dnia 2 października 1897 roku, przyjęto bez zmian do wiadomości.

2) Na wniosek Przewodniczącego Zgromadzenie przez powstanie oddało cześć zmarłym członkom, a mianowicie Profesorowi Andrzejowi Walentowiczowi, wiceprezesowi Towarzystwa i Drowi Antoniemu Galusińskiemu, członkowi Towarzystwa.

3) Przewodniczący podając ogólny rys rozwoju i działalności Towarzystwa przez lat 21, to jest od czasu założenia, nadmienia, że Towarzystwo rozwija się pomyślnie i działa według możności i zasobów pieniężnych dla rozwoju polskiego piśmiennictwa lekarskiego. W roku 1897 rozpoczęto druk II wydania podręcznika chorób żołądka Prof. Dra Jaworskiego. Dzieło to, przeznaczone jako bezpłatne premium dla członków i prenumeratorów Towarzystwa za rok 1897, ukończone zostanie wkrótce. Nadto przygotowuje się do druku dzieło Prof. Dra Leona Wachholza p. t.: „Zarys medycyny sądowej", a dzieło to stanowić będzie bezpłatne premium dla członków i prenumeratorów Towarzystwa na rok 1898.

Nadto jeszcze, jako dodatkowe premium, wydawnictwo zamierza udzielić swym członkom jeszcze jedno dzieło mniejszej objętości, co zachęcić powinno kolegów do wpisywania się w poczet członków Towarzystwa, już choćby dla samej materyalnej korzyści otrzymywania dzieł, których cena przenosić będzie znacznie wkładkę roczną 2 złr. wal. austr.

Liczba członków z końcem r. 1896 wynosiła 234; obecnie z końcem roku 1897 wynosi 252, a mianowicie: 2 członków honorowych, 86 członków czynnych, 164 członków prenumeratorów.

(W r. 1897 umarło 2 członków, wykreśliło się 2, a wstąpiło 22).
Rozsprzedaż dzieł i zwrot nakładów są zupełnie zadowalniające i zachęcają wydawnictwo do wydawania dalszych dzieł. Słuchaczom medycyny w polskich Uniwersytetach odstępowano dzieła i w tym roku po bardzo zniżonych cenach.

4) W miejsce zmarłego Prof. Dra Walentowicza wybrano jednogłośnie wiceprezesem Towarzystwa Prof. Dra Stanisława Domańskiego. W miejsce tegoż członkiem Wydziału wybrano Dra Józefa Surzyckiego, którego, jako poprzedniego kilkoletniego administratora, mianowano członkiem honorowym Towarzystwa, także i z tego powodu, że do powiększenia funduszów Towarzystwa przyczynił się datkiem 75 złr. w. a.

5) Sekretarzem, administratorem i podskarbim wydawnictwa wybrano Dra Stanisława Kwiatkowskiego, który obowiązki te zastępczo pełnił już od 1 lipca 1897 roku.

6) Dr. Stanisław Kwiatkowski zdaje sprawę z rachunków z r. 1897 i ze stanu majątkowego Towarzystwa.

Ogólny Przychód wynosił 999 złr. 77 ct. w. a., a mianowicie:

saldo z roku 1896	złr. 19	ct. 49
Niepodjęta pensya admin.	„ 75	„ —
Wkładki członków	„ 611	„ 02
Odsetki od papierów wartościowych	„ 112	„ —
Ze sprzedaży książek	„ 182	„ 26

Rozchód zaś wynosił złr. 446 ct. 49 w. a., a mianowicie:

Druk dzieła Prof. Jaworskiego	złr. 274	ct. 32
Porto rozsyłanych premij	„ 16	„ 31
Koszta ściągania wkładek	„ 4	„ 42
Administracya	„ 151	„ 44

Saldo za rok 1897 wynosi złr. 553 ct. 28 w. a., do których doliczyć należy jeszcze procent od gotówki, złożonej w książeczkach wkładkowych, w sumie złr. 115 ct. 51, co razem daje złr. 668 ct. 69 wal. austr.

Majątek Towarzystwa z końcem roku 1896 wynosił złr. 5106 ct. 84 w. a.

Z końcem zaś roku 1897 złr. 5775 ct. 63 w. a., z czego złr. 2711 ct. 80 umieszczone w obligacyach propinacyjnych, złr. 2622 ct. 34 w kasie Towarzystwa Zaliczkowego krak., złr. 339 ct. 49 w powiatowej kasie Oszczędności m. Krakowa, złr. 20 ct. 92 zaś w gotówce.

7) Na podstawie wniosku komisyi kontrolującej (Dr. M. Buzdygan i Dr. J. Różecki) udzielono Wydziałowi absolutoryum ze stanu majątkowego Towarzystwa za r. 1897.

8) Do kontroli rachunków w roku bieżącym, wybrano też samą komisyę.

9) Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że Prof. Pieniążek ofiarowuje dzieło swoje pod tyt.: „Laryngoskopia oraz choroby krtani i tchawicy“, wydane w roku 1879 Wydawnictwu, celem rozprzedaży na rzecz Towarzystwa.

10) Dr. Jan Gwiazdomorski interpeluje o dokończenie dzieł Prof. Jurasza i Prof. Jordana, na co Przewodniczący wyczerpującą daje odpowiedź.

11) Na wniosek Dra J. Gwiazdomorskiego podziękowano Przewodniczącemu za gorliwe zajmowanie się sprawami Towarzystwa.

Dr. Kwiatkowski.

VIII. KORESPONDENCYE.

Berlin w marcu 1898.

Uniwersytet berliński, stosunkowo niedawny, bo założony w 1810 r., powstał w miejsce Szkoły medyczno-chirurgicznej w Charité, przeznaczonej pierwotnie dla kształcenia lekarzy wojskowych. Do dnia dzisiejszego utrzymuje się w klinikach, umieszczonych w Charité, przywilej dla wojskowych, że pewna część posad profesorów i asystentów bywa obsadzaną wyłącznie lekarzami wojskowymi. Zaraz, prawie od samego początku istnienia, wszechnica tutejsza, a Wydział lekarski na szczególności, miała to osobliwsze szczęście, że zaliczała do grona swoich nauczycieli i uczniów znakomite siły, uczonych światowej sławy, którzy podnieśli nauki przyrodnicze na niebywałą wysokość, poczynili epokowe odkrycia i stali się rozsadnikami wiedzy i nauki nietylko w swoim narodzie, ale wywarli potężny wpływ na postęp w medycynie światowej. Dosyć przytoczyć takie imiona jak J. Müllera, T. Schwanna, Hoppe-Seylera, Traubego, Cohnheima, Helmholza, Du Bois Reymonda, Brückego, Virchowa, ażeby nie wyliczać długiego jeszcze szeregu ogólnie znanych uczonych badaczy i klinicystów. Bardzo znaczna część tych ludzi już nie żyje, ale i obecnie posiada berlińska szkoła, ludzi wielkich, zaszczytnie znanych w świecie naukowym. Klinikami wewnętrznemi zawiadują znakomici interniści Gerhart i Leyden, a oprócz nich, chlubnie pracują na polu medycyny wewnętrznej Senator, Ewald, Fraenkel, Ehrlich, Grawitz. Dalej posiada Berlin znakomitych chirurgów: Koeniga i Bergmanna, bardzo dobrych położników i ginekologów: Olshausena, Gusserowa, Nagla, Martina, a wykłady prof. Mendla o chorobach nerwowych są wprost doskonałe. Nieźle obsadzoną jest i anatomia opisowa Waldayerem, fizyologia Munkiem i świeżo powołanym Engelmannem, farmakologia słusznie może się poszczycić Liebreichem, a chemia fizyologiczna Salkowskim. Kiedy wymienię jeszcze liczny zastęp bakteryologów z R. Kochem, Briegerem, Pfeifferem i Güntherem na czele i ostatniego żyjącego ze szkoły wielkiego Johannesa Müllera, patologa Rudolfa Virchowa, to chyba dosyć posiada wydział lekarski w Berlinie sił przyciągających i będzie wytłómaczonym ten wielki napływ na studya studentów i lekarzy zagranicznych. W bieżącem półroczu zimowem było uczniów imatrykulowanych ogółem 5935, a nieimatrykulowanych, razem z kobietami, 603. Na medycynie było 1360 (przeszłego roku 1024). Dla słuchaczów istnieje tu wielka niedogodność, z powodu rozrzucenia zakładów naukowych i klinik po różnych ulicach i dzielnicach miasta. Tylko w Charité mieszczą się razem klinika wewnętrzna, chirurgiczna, położnicza i dziecięca. Przy każdej prawie klinice istnieje poliklinika, pod kierownictwem zazwyczaj dyrektora odpowiedniej kliniki, a oprócz tego jest tu spora liczba klinik i poliklinik prywatnych dla różnych chorób, których kierownicy posiadają bardzo często tytuł profesora i sprawują także obowiązki nauczycieli w swoich zakładach. Do tego posiada Berlin liczne szpitale miejskie (szpital w Moabit, powszechny w Friedrichshain, Krankenhaus am Urban, zakład dla obłąkanych w Dalldorf i Herzberg, zakład leczniczy dla padaczkowych w Wugarten, przytulisko dla kobiet kiłowych, dla ozdrowieńców); prócz szpitali prywatnych, jak: szpital Augusty, gminy żydowskiej, Elżbiety, dziecięcy, św. Jadwigi, Łazarza, Bethania, cesarzowej i cesarza Fryderyka, gdzie dyrektorami zazwyczaj są profesorowie i docenci uniwersytetu. Ponad to jest tutaj mnóstwo prywatnych zakładów i pracowni bakteryologicznych, chemicznych i fizycznych. Na szczególniejszą uwagę zasługuje zakład bakteryologiczno-chemiczny Dra Maksymiliana Piórkowskiego, Polaka z Górnego Szląska. Instytut jego mieści się przy Luisenstrasse, naprzeciwko Charité, a odznacza się doskonałem urządzeniem, zaopatrzony w znakomite oświetlenie, dobre mikroskopy i najnowsze odczynniki chemiczne, co przy dbałości i sumienności samego kierownika w ciągu nauki daje bardzo dogodną sposobność przyswojenia sobie w krótkim czasie dobrej podstawy do samodzielnych badań bakteryologiczno-higienicznych i fizyologiczno-chemicznych.

Oprócz zakładu bakteryologicznego Dra Piórkowskiego zasługuje jeszcze na wzmiankę podobny instytut Dra Aufrechta, osobne pracownie do Roentgenografii, nauki massażu, wodolecznictwa i t. d. Jest więc gdzie i na czem uczyć się i kształcić we wszystkich możliwych kierunkach; a chociaż studenci nie mają dostępu na sale chorych i możności ćwiczenia się w badaniu na materyale klinicznym, jak n. p. w Krakowie, to jednak braki te usuwają medycy tutejsi badaniem chorych na kursach, po różnych szpitalach i poliklinikach. Za naukę opłaca się czesne dosyć wysokie. Sama imatrykulacya kosztuje przeszło 28 M. W celu otrzymania tytułu doktora medycyny, muszą kandydaci przedłożyć pisemną pracę oryginalną i dopiero po jej skutecznej obronie przypuszczeni bywają do egzaminu ustnego. Pracę taką przygotowują tutejsi medycy zazwyczaj w jakiejś prywatnej pracowni, przyczem mogą korzystać swobodnie z różnych bi-

bliotek berlińskich. Jest ich kilka: 1. olbrzymia biblioteka królewska, 2. uniwersytecka, 3. berlińskiego Towarzystwa lekarskiego (przystęp do niej wolny tylko członkom, albo osobom, poleconym przez członka) i 4. cesarza Wilhelma. Dostęp do nich tak krajowcom, jak i obcym bardzo łatwy i można wypożyczać nawet większe dzieła do domu za prostym podpisem któregoś z profesorów lub docentów. Wogóle jest tutaj nauka bardzo ułatwiona, nawet dla cudzoziemców; nie robią żadnych trudności. Nie potrzeba nigdzie żadnego polecenia, pisania listów, składania wizyt i t. p.; prawie wszędzie z gotowością przyjmują żądnych wiedzy, chociaż, co prawda, nie wiedzieć na jak długo jeszcze, gdyż technikę w Charlottenburgu już zamknięto dla obcokrajowców. Jest też tutaj cudzoziemców bardzo wielu, szczególniej Rosyan, Węgrów, dalej nie mało Anglików, Szwedów, Amerykanów, kilku z Brazylii, z Montevideo, z Kaplandyi, Marokko, Persyi, Australii, w końcu kilku Chińczyków i Japończyków. Na kursach prywatnych przeważają niemal zawsze obcokrajowi, fatalnie mówią po niemiecku, ale się unoszą nad dokładnością pruską. Szczególniej licznie zbierają się obcy lekarze podczas kursów feryalnych, dwa razy do roku, w jesieni i w marcu. Wówczas napotyka się bardzo dużo Polaków i to przeważnie z Austryi. Kursa urządza tutejsze Towarzystwo docentów, założone w latach siedmdziesiątych. Uczęszczane bywają przedewszystkiem kursa położniczo-ginekologiczne, z tego głównie powodu, że tu podaną jest sposobność przerobienia różnych operacyj położniczych nie tylko na fantomie, ale i na materyale żywym. Ceny za nie są dosyć wysokie 75 M. za kurs czterotygodniowy, oprócz najrozmaitszych dodatków i drogich napiwków służbie.

Z pism medycznych, jakie tu wychodzą, najwięcej bywają czytane „Deutsche medizinische Wochenschrift“ i „Berliner Klinische Wochenschrift“. Oprócz tego wybitniejsze wiedeńskie i monachijska „Münchner Klinische Wochenschrift“.

Liczba lekarzy berlińskich dochodzi do 2200, w stosunku do 1,700.000 ludności i liczba ta ciągle wzrasta. — Materyalnie stoją oni przeciętnie lepiej niż n. p. w Galicyi, co odnieść należy do większej zamożności tutejszej publiczności. Posiadają tutejsi lekarze kilka naukowych towarzystw z których: Berlińskie Towarzystwo medyczne jest bardzo ruchliwe. W wspomnianem Towarzystwie toczyła się w lutym przez kilka posiedzeń ciekawa dyskusya nad odczytem Doc. Behrenda: O leczeniu rzeżączki u prostytutek. Mianowicie Behrend wystąpił w wywodach swoich dosyć ostro przeciwko szkole wrocławskiej, reprezentowanej przez Neissera, która, trzymając się zasady leczenia rzeżączki antyseptycznie, nakazuje w każdym przypadku badanie mikroskopowe wydzieliny na gonokoki i wprowadza coraz to nowe środki do terapii rzeżączki; w najnowszych czasach poleca szczególniej argonin i protargol, co według Behrenda wcale się nie przyczynia do wyleczenia tej choroby, przeciwnie, niszczy jeszcze tkankę zdrową. On, Behrend, miewa bardzo dobre wyniki przy stosowaniu metody starej, t. j. używaniu środków ściągających. Doczekał się też za to ostrej odprawy od Neissera w ostatnim numerze „Berliner Klinische Wochenschrift“.

Inny z tutejszych lekarzy, prof. dermatologii, Schweninger, lekarz przyboczny ks. Bismarka, stał się na czas jakiś przedmiotem rozmów i pisania w dziennikach. Wprowadził on w Berlinie modę odczytów publicznych z zakresu medycyny, bez ograniczenia tematu, na których więc mówił o wszystkiem, a nadto prosił zgromadzoną publiczność o zadawanie mu pytań i interpelacyj w rzeczach wątpliwych z dziedziny lekarskiej; uczynił więc w ten sposób z naukowego odczytu rodzaj pogadanki. Na takie pogadanki jeździł on nawet do Wiednia, Monachium i swoimi wywodami i teoryami o leczeniu otyłości, o szkodliwości stósowania rtęci w kile, swojem gorącem zalecaniem leczenia kneipowskiego, wszędzie i wszystkim się podobał, tylko oczywiście nie lekarzom. Dzienniki polityczne wszelkiej barwy unosiły się nad jego wymową i uczonością i winszowały mu tej nowości, a zawodowe pisma lekarskie nie tają swego oburzenia, jak mógł się profesor uniwersytecki, chociaż tylko za staraniem Bismarka i wbrew woli senatu mianowany, zniżyć do takiego kuglarstwa. Kto w tym razie ma słuszność?

Mówią tu jeszcze i piszą o mającej wkrótce nastąpić zmianie, mocą której medycyna będzie w Prusach wyłączoną z zakresu ministerstwa oświaty, a przydzieloną tece spraw wewnętrznych. Głosy fachowe domagają się osobnego ministra dla spraw lekarskich. Na razie jednak cicho; tylko rząd przeznaczył znaczną sumę na przebudowanie klinik w Charité.

Chciałbym coś jeszcze napisać o tym wysławianym instytucie Kocha. Cóż, kiedy nie wiele można tu się o nim dowiedzieć. Jest to w ogóle budynek nie wielki, dwupiętrowy, ciemny, ponury. Z powierzchowności swej wcale nie zdradza rozległych sal chemicznych, bakteryologicznych, pełnych najrozmaitszych przyborów, retort, tygli, probówek, hodowli różnych bakteryj, piecyków o różnej ciepłocie, potężnych kotłów i maszyn do wytwarzania i regulowania ciepła i światła. Dalej mieści się tutaj przyrząd fotograficzny, przyrząd Roentgenowski, destylarnia, wielka liczba różnych zwierząt do doświadczeń, począwszy od myszy, świnki morskiej, a skończywszy na kozach, owcach, nierogaciznie, bydle rogatem. Zakład cały dzieli się na bakteryologiczny i chemiczny, a dział bakteryologiczny rozpada się na sale pojedyńcze, nazwane od gatunku mikrobów: Pestsaal, Cholerasaal, Tuberkulinsaal i t. d. Do zakładu należy duży ogród z barakami, gdzie mieszczą się chorzy do ewentualnych doświadczeń z jakimś nowoodkrytym środkiem (serum). Baraki te, utrzymywane z komfortem, zbudował rząd pruski dla Kocha 1890 r., by mu dać sposobność wypróbowania nowoodkrytą tuberkulinę. Obecnie leżą tam chorzy na wszelkie choroby zaraźliwe. Między innymi widziałem dwa przypadki trądu. Chorym na gruźlicę, w początkowym okresie, wstrzykują tuberkulinę TR Kocha i tutejsi lekarze szpitalni utrzymują, że ona skutkuje. Dyrektorem całego zakładu jest Robert Koch. Obecnie przebywa on na urlopie we wschodniej Afryce, gdzie pracuje nad odkryciem surowicy przeciwko zarazie bydlęcej (Rinderpest). Kocha zastępuje Brieger, który jest równocześnie dyrektorem oddziału szpitalnego. Kierownikiem obu pracowni (chemicznej i bakteryologicznej) jest Pfeiffer z asystentem Wassermannem. Oprócz tego pracują tutaj Petruschky, Kossel, Boer, Elsner i Japończyk Takaki, asystent Kitasatego. Instytut Kocha nie stoi w żadnym związku z uniwersytetem tutejszym i podlega bezpośrednio ministerstwu oświaty. Przeznaczeniem jego jest: umożliwić pracę na polu nowych odkryć, posuwać naprzód wiedzę w dziale nauk przyrodniczo-lekarskich. **Nie jest wcale zakładem naukowym, szkołą.** Dostać się tam jest dosyć trudno. Działalność lekarzy pracujących w instytucie owiana jest grubą tajemnicą. Nikt poza ich obrębem nie wie, nad czem pracują i co odkrywają. Dzięki protekcyi Dra Piórkowskiego udało mi się dostać do tej świątyni kochowskiej, a Dr. Elsner oprowadził nas wszędzie po pracowniach, cokolwiek objaśnił o celach i zadaniu umieszczonych tam przyrządów, ale interpelowany, nad czem tutaj teraz się głównie pracuje, odpowiedział ogólnikowo: „Über Verschiedenes“. Wykładów naukowych tutaj niema, kursów prawie nie dają, a rąbek tajemnicy odsłania się tylko chyba wtedy, jeżeli któryś z członków tego zakładu coś publicznie ogłosi, jak niedawno w „Berliner klinische Wochenschrift“ Dr Wassermann prawie równocześnie z Behringem: „Dalsze rozwinięcie teoryi Ehrlicha o powstawaniu uodpornienia (immunizacyi) w ustroju zwierzęcym. Teoryę Ehrlichowską określił Behring tak: **Ta sama substancya w żywym ustroju, która jest warunkiem jego zatrucia, jak długo jest zamknięta w pierwiastkach komórkowych, staje się przyczyną wyleczenia, z chwilą, kiedy odszczepiona przechodzi do surowicy krwi.** Za Ehrlichem Behring i Wassermann dopatrują przyczyny powstawania uodpornienia (immunizacyi) w obecności pewnych ciał chemicznych, które się mieszczą w pierwiastkach komórkowych, łączą się z toksynami mikroorganizmów i wiążą ich szkodliwą trującą dzia-

łalność. Pod wpływem jadu chorób zakaźnych odszczepiają się one od substancyj komórkowych, przechodzą do surowicy krwi i stają antytoksynami, uodporniając ustrój zwierzęcy. Jako takie szczególne narządy, mieszczące te wiążące połączenia chemiczne dla wścieklizny, naznacza Ranson i Wassermann układ nerwowy ośrodkowy, a Pfeiffer dla cholery — gruczoły krwiotwórcze. Behring zajęty obecnie przystosowaniem tej teoryi do wytworzenia nowej jakiej surowicy przeciwgruźliczej. *Dr. Dakura.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 31 Marca.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło d. 23 marca posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych i przyjęciu w poczet członków czynnych Dra Mieczysława Sołtysika, przedstawił kol. Lewkowicz rzadki przypadek chorobowy z kliniki pedyatrycznej Uniw. Jagiell.; kol. Krokiewicz przedstawił chorego na seryngomyelię i wyłożył rzecz o tem cierpieniu rdzenia.

* Zeszyt I. z r. b. »Pamiętnika Towarz. lekar. warszawskiego« opuścił prasę. Treść tego zeszytu podajemy we właściwej rubryce. Zwracamy uwagę czytelników naszych na naukową wartość prac, umieszczanych w tym kwartalniku i na jego bajecznie tanią cenę (3 rs. rocznie). W naszej literaturze wydawniczej »Pamiętnik« spełnia na razie zadanie »archiwu« i jest jedynem pismem, które może umieszczać obszerniejsze prace teoretyczne. Tak pojęty, powinien »Pamiętnik« stracić w naszem przekonaniu cechę miejscowego organu jednego Towarzystwa lekar., a stać się tem, czem on poniekąd jest w istocie: organem ludzi, pracujących w laboratoryach nad rozwojem medycyny teoretycznej. Poparty należycie przez ogół lekarzy polskich, jak na to zasługuje, mógłby »Pamiętnik« spełnić przodujące zadanie w rozwoju medycyny swojskiej.

* C. k. Namiestnictwo we Lwowie nadesłało kol. prof. Bujwidowi odpis następującego reskryptu c. k. ministerstwa spraw wewnętrznych.

»Odnośnie do okólnika z dn. 13 stycznia b. r. l. 2962 zawiadamia się....., że według reskryptu W. c. k. ministeryum spraw wewnętrznych z 30 stycznia b. r. l. 3043 — ułatwienia, przyznane osobom ubogim, pokąsanym przez zwierzęta, podejrzane o wściekliznę, do jazdy koleją żelazną w celu leczenia się w zakładzie szczepienia w szpitalu Rudolfa w Wiedniu, zostały obecnie przyznane na liniach austryackich kolei państwowych także i tym osobom, względnie ich towarzyszom, które w tym samym celu udają się do zakładu prof. Bujwida w Krakowie. Lwów, 14-go lutego 1898 roku.

(Podpisano: *Lidl*).

* Pomyślnie rozpoczęte przez Doc. Raczyńskiego »kursa dla lekarzy«, jak było do przewidzenia, przyjęły się na naszym gruncie. Doc. Raczyński, czyniąc zadość życzeniu kolegów, zapowiada »kurs o błonicy pod względem teoretycznym i praktycznym«, który rozpocznie się 14 kwietnia b. r.

* Konkurs na posadę lekarza rozpisał zarząd Bractwa górników i hutników w Sierszy. Płaca roczna wynosi 1200 złr., 150 cetn. metr. węgla, 50 kgr. nafty i ryczałt 600 złr. na utrzymanie koni. Termin wnoszenia podań na ręce Zarządu kończy się 10 kwietnia b. r.

* Prezes pragskiej międzynarodowej wystawy artykułów spożywczych i wyrobów przemysłowych, pan Józef Beneš, donosi nam, że rzeczona wystawa, będąca pod protektoratem Fr. ks. Schwarzenberga, odbędzie się w Pradze, w dniach od 15 do 22 maja. Obejmie ona wyroby przemysłu, wszystkie artykuły spożywcze i napoje, wyroby higieniczne i farmaceutyczne, przedmioty sportowe, wynalazki itd. Komitet, składający się z członków pragskiej Rady miejskiej, Izby handlowo-przemysłowej itd. zaprasza fabrykantów krajowych w Galicyi, »którzy się zajmują wyrobami narodowych artykułów spożywczych«, ażeby jak najliczniejszy wzięli udział w tej międzynarodowej wystawie.

Zgłoszenia wystawców z Galicyi przyjmuje kierownik wystawy, p. Artur Gobiet w Pradze (Karlin).

* Zjazdy lekarskie: VI-ty Zjazd dermatologów niemieckich odbędzie się w Strasburgu od 31 maja do 2 czerwca — włącznie. VII-me zgromadzenie niemieckiego Tow. otyatrów odbędzie się w Würzburgu dnia 27 i 28 maja b. r. III-cie zgromadzenie niemieckich psychiatrów i neurologów odbędzie się w Jenie 30-go kwietnia i 1 maja b. r.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiell. otrzymali: Jan Barusiewicz, Michał Gnoiński, Majer Kohn, Edward Schutt, Edmund Majewicz i Eugeniusz Wajgel.

(E. R.) W Abisynii, gdzie rośnie krasawa czerwiotrutna (Hagenia abyssinica), dająca znane »flores Kousso«, prawie każden z mieszkańców przebywa raz w życiu leczenie tym kwiatem na czerwie, nadzwyczaj tam rozpowszechnione. Ale użycie leku pociąga za sobą niemiłe objawy uboczne, wymioty, biegunkę, kolkę. I cesarz Menelik niedawno musiał poddać się temu leczeniu i przekonać się o nieprzyjemnościach rzeczonych. Więc rozumuje tak: podstawa działania czerwiogubnego spoczywa w kwiatach i to w sokach ich. Można więc nasadzić pszczoły na kwiaty i w miodzie, wytworzonym przez nie, znaleźć składnik skuteczny.

Co namyśliwszy, dał ogród zasadzić krasawą i w pobliżu pasiekę założyć.

Miód zebrany po kwitnieniu krasawy istotnie okazał się skuteczny, a dawka w ilości łyżki na kubek wody już ma działać bardzo skutecznie, co więcej, bez ubocznych niemiłych objawów. Odtąd miód z krasawy stał się królewskim lekiem na czerwie.

(E. R.) Chińczycy w stosunku do medycyny i lekarzy mają wiele oryginalnych, a często trafnych spostrzeżeń i pomysłów. Oto jedna z takich myśli chińskich: »Lekarz pewny swego rozpoznania mówi mało. Lekarz, który nie może nigdy stanowczo rozpoznać, mówi wiele i niezrozumiale«.

Mianowani: Dr. Stefan Henzel — asystentem przy katedrze dermatologii we Lwowie. Dr. Zygmunt Rosen – ordynatorem nadetatowym w klinice chirurg., a Dr. Wilhelm Knappe — w klinice terapeutycznej Uniwers. warszawskiego Dr. Kaufman — zwyczajnym profesorem anatomii patolog. w Wrocławiu.

Nekrologia. Dr. Julian Titius, nestor lekarzy litewskich, zmarł w Wilnie, w 80 roku życia. Długoletnie zasługi zawodowe filantropijne uczcili Wilnianie uroczystym pogrzebem, na który przybyły wszystkie warstwy ludności i wszystkie wyznania. Dr. Stanisław Baczyński, l. 46, zmarł w Warszawie. Znany chirurg i anatom, prof. Ryszard Quain, zmarł w 82 r. w Londynie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego:* Kamockiego M.: Przypadek rozsianego mięsaka naczyniówki. Rymowicza F.: Przyczynek do patologii niedoślepu alkoholików. Ostaszewskiego L.: O stosowaniu szwu kanałowego przy operacyi przepuklin pachwinowych. Zahorskiego W.: Zarys dziejów ces. Towarzystwa lekarskiego w Wilnie (1805—1897). Kamockiego M.: Dopełnienie do artykułu pod tyt.: »Przypadek rozsianego mięsaka naczyniówki«. W *Medycynie* Nr. 13: Leszczyńskiego L.: Eter bromowy czy pental stosować należy do usypiań krótkotrwałych? (dok.). Tumpowskiego A.: Z kazuistyki chorób nerwowych (dok.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 13: Heimana T.: O utracie słuchu postępującej. Olszewskiego A.: Przecięcie kręgosłupa płodu przy położeniach poprzecznych zaniedbanych, celem wydobycia płodu. W *Kronice lekarskiej* (zeszyt 6): Dra Kopytowskiego Wł.: Poszukiwania gonokoków w wydzielinie ropnej z organów płciowych u kobiet publicznych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 6-go Kwietnia, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1. Kol. Docent Dr. Reiss: (zapowiedziane już dawniej) przedstawienie chorego z kliniki chorób skórnych z dołączeniem objaśnień na preparatach mikroskopowych.

2. Kol. Dr. Lewkowicz: sprawozdanie dodatkowe o chorym chłopcu z kliniki pedyatrycznej, po wydobyciu z nerki wprzód rozpoznanego bąblowca.

Do numeru niniejszego dołącza się dodatek **„Cieplice trenczyńskie“.**

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 9. Kwietnia 1898. Nr. 15.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z pracowni fizyologicznej prof. Becka we Lwowie.

Przyczynek do nauki o nerwach odżywczych (troficznych)

podali

Dr. G. Bikeles

i

Dr. A Jasiński,

asystent Zakładu fizyologicznego we Lwowie.

Po uszkodzeniu lub przecięciu nerwów obwodowych, korzonków tylnych, lub wreszcie samego rdzenia u zwierząt, występują częstokroć, jak wiadomo, zmiany w skórze, jakoto: wrzody, wypadanie włosów itp. Również już oddawna spostrzegano u człowieka, w cierpieniach nerwowych, rozmaite zboczenia w stanie skóry i stawów; wiadomo n. p., że w przebiegu wiądu rdzenia pac. występuje cierpienie stawów (arthropathia), niekiedy wypadanie niezepsutych zębów; w innych znowu chorobach zmiany w paznogciach itd.

Spostrzeżenia te dały powód do przypuszczenia, że istnieją osobne nerwy odżywcze (troficzne), których czynność oczywiście ustaje po ich uszkodzeniu i to jest przyczyna rozmaitych zboczeń w narządach, w których nerwy te się kończą.

Prace doświadczalne, w celu wyszukania wpływów odżywczych (troficznych), datują się od czasów bardzo dawnych. Jednym z pierwszych, który jeszcze w roku 1823, przeciąwszy nerw trójdzielny (nervus trigeminus) w jamie czaszkowej, zauważył, że w następstwie tego przecięcia pojawiło się zapalenie, a następnie obumarcie rogówki w przeciągu 5—6 dni po operacyi, był Fodéra, który odnosił przyczynę tych zmian do zniszczenia nerwów odżywczych (troficznych), mających znajdować się w pniu nerwu trójdzielnego. Następne jednak doświadczenia Snellena, Guddena i wielu innych wykazały, że zmiany w oku nie występują, jeżeli w jakikolwiek sposób ochronimy je od szkodliwych wpływów zewnętrznych, n. p. przez zeszycie brzegów powiek, lub (jak Snellen czynił u królika) zakrycie oka przez naszycie na nie ucha tej samej strony. Nawet samo tylko utrzymywanie oka w czystości i strzeżenie go od urazów, zapobiegało wystąpieniu jakichkolwiek zmian odżywczych. Szereg doświadczeń, wykonanych przez wielu badaczy nad powstawaniem zmian po przecięciu innych nerwów obwodowych, również nie przemawia za istnieniem specyalnych nerwów odżywczych (troficznych). Jedni z nich nie spostrzegali wcale występowania jakichkolwiek zmian w odżywianiu, jak np. Klaudyusz Bernard po przecięciu korzonków tylnych, Behrand po wycięciu zwojów międzykręgowych (powtórzył doświadczenie Josepha). Inni przypisywali zmiany, powstające po przecięciu nerwów, innym wpływom, nie odżywczym, jak np. porażeniom, brakowi czucia, wreszcie wpływom naczynioruchowym: do nich należą Marpurgo i Mantegazza, Bizzozero, Salvioli, Munck. Do obrońców teoryi istnienia specyalnych nerwów odżywczych, zaliczyć należy z dawniejszych badaczy Lombroso i Rochefontainea, którzy przeciąwszy 3 korzenie tylne z prawej strony, między zwojem międzykręgowym i rdzeniem, w wysokości 2-ch ostatnich kręgów grzbietowych i pierwszego lędźwiowego, spostrzegali wystąpienie po stronie lewej cierpienia stawów z cechą artropatyi, występującej w wiądzie rdzenia, brakiem bolesności, zmian w ciepłocie i utrudnienia ruchów. Sekcya wykazała zapalenie opon rdzeniowych i zapalenie nerwów lewej kończyny tylnej. Nie mamy więc pewności, czy opisywane zmiany nie miały swego źródła w sprawie zapalnej.

Drugim jest Joseph, który, po wycięciu 2-ch zwojów międzykręgowych w okolicy szyjnej, spostrzegał wypadanie włosów w okolicy ucha po stronie operowanej, występujące w postaci małych ograniczonych wysepek. Wyłysienie to było symetryczne po obu stronach, jeśli operacya była wykonana z obu stron. Z doświadczenia tego wysnuwa autor wniosek, że istnieje rzeczywisty wpływ odżywczy nerwu na cebulkę włosową.

Z najnowszych badaczy zajęli się tą sprawą Gaule i Bonne. Obydwaj oni występują jako obrońcy teoryi istnienia osobnych nerwów odżywczych; pracom ich musimy poświęcić nieco więcej uwagi. Gaule (Centralblatt für Physiologie, r. 1893) wykonał 40 operacyj na królikach i sekcyą kontrolował wyniki tych operacyj. W przeważnej liczbie przypadków wycinał tylko 1 zwój międzykręgowy, głównie czwarty szyjny; rzadziej, w innych przypadkach wycinał inne: drugi, trzeci, piąty i szósty; w małej liczbie wycinał więcej niż jeden zwój (dwa lub trzy). Zwierzęta operowane utrzymywał przy życiu 24 godzin, niektóre dłużej, a jedno przez 4 tygodnie. Według Gaulego już po 24 godzinach można dostrzedz różne zmiany odżywcze, występujące jako krwawienie w skórze, mięśniach, a oprócz tego w niektórych innych narządach wewnętrznych.

Bonne (Recherches sur les éléments centrifuges des racines postérieures. Lyon 1897) przypisuje niepewne, a częstokroć ujemne wyniki poprzednich badaczy tej okoliczności, że ich zwierzęta po operacyi zbyt krótko były utrzymywane przy życiu tak, iż czas był niewystarczający dla wystąpienia zmian niewątpliwie odżywczych (troficznych). Wychodząc z tego punktu widzenia, znacznie dłużej obserwował zwierzęta przez siebie operowane. Wykonał w ogóle 4 operacye na psach. U pierwszego wyciął 3 tylne korzonki lędź-

wiowe i już po niespełna 6 tygodniach zauważył małe owrzodzenie na brzuścach palców kończyn tylnych. U drugiego również przeciął 3 tylne korzonki lędźwiowe i po upływie $10^1/_2$ tygodni, zauważył bardzo wybitne i rozległe zmiany w kończynie lewej, w postaci zmniejszenia objętości kończyny, owrzodzeń, zwłaszcza na brzuścach 2 zewnętrznych palców, oraz utratę włosów na łapie. U trzeciego psa, (nie podano miejsca operacyi) spostrzegał po 3 miesiącach wypadnięcie włosów i również wrzody na *caput calcanei* i w jego okolicy. U czwartego psa, po przecięciu 2 tylnych korzonków lewej strony, zauważył, po upływie $3^1/_2$ miesięcy, owrzodzenia głębokie na jednym palcu.

Przeciw ewentualnemu zarzutowi, że owrzodzenia te mogły powstać wskutek braku czucia w kończynie, podnosi autor, że znajdowały się one na miejscach, gdzie nie było znieczulenia.

Ze wszystkich nowych doświadczeń autor wyprowadza wniosek, że istnieją specyalne nerwy odżywcze (troficzne), których uszkodzenie jest przyczyną opisywanych zmian. Sprzeczność w podaniach różnych autorów z jednej strony, z drugiej zaś ważność poruszonej sprawy, nietylko ze stanowiska fizyologicznego, ale także i patologicznego, skłania nas do podania na tem miejscu wyników z kilku doświadczeń, które, wykonane wprawdzie w innym celu, dadzą się tu z korzyścią zużytkować.

Doświadczenia swoje wykonaliśmy na kotach z tej przyczyny, że u kotów bardzo łatwo można wyciągnąć zwoje międzykręgowe z kanału kręgowego, w niektórych przypadkach nawet bez otwierania tego kanału i uszkodzenia rdzenia. W rozmaitych doświadczeniach wycięliśmy wogóle wszystkie międzykręgowe zwoje lędźwiowe, od ostatniego piersiowego, aż do *conus medullaris*, zachowując w niektórych przypadkach korzonki przednie w całości, w innych zaś i przednie uległy uszkodzeniu, co zależało od trudności odosobnienia.

D o ś w i a d c z e n i e I. U kota wycięto III. IV. V. zwój międzykręgowy po stronie lewej, — zwierzę zabito po 19 dniach. Przy sekcyi znaleziono wybroczyny w skórze, około szwu po stronie lewej, na tej samej wysokości, gdzie znajdował się wycięty zwój.

D o ś w i a d c z e n i e II. U młodego kota wycięto 3 zwoje międzykręgowe wraz z nerwami, bezpośrednio nad zgrubieniem lędźwiowem. Kot żył po operacyi 9 dni; zdechł wskutek nacieku ropnego w mięśniach i skórze; rdzeń był wolny od ropy. Zmian w skórze nie znaleziono.

D o ś w i a d c z e n i e III. U kota wycięto po stronie lewej dwa najwyższe zwoje lędźwiowe i częściowo trzeci zwój lędźwiowy. (Sekcya bowiem wykazała, że część zwoju trzeciego jeszcze pozostała). W dwanaście dni później wycięto ostatni zwój piersiowy, również po tej samej stronie. Kot zginął wskutek wycieńczenia w 11 dni po drugiej operacyi; żył zatem 23 dni po pierwszej operacyi. Przy obdukcyi znaleziono w pobliżu szwu krwawienie skórne, oprócz tego nie znaleziono żadnych zmian odżywczych.

D o ś w i a d c z e n i e IV. Kota operowano dwa razy; za pierwszym razem wycięto III, IV, V i VI międzykręgowy zwój lędźwiowy, za drugim razem, prawie w miesiąc po pierwszej operacyi, wycięto 3 zwoje: I. i II. lędźwiowe i ostatni piersiowy. Kot po drugiej operacyi zdechł; żył zatem miesiąc po pierwszej; w skórze zmian odżywczych nie było, jedynie w skórze koło szwu znajdował się mały wrzód 6 mm. długi, $2^1/_2$ mm. szeroki, kształtu owalnego, którego dłuższy wymiar był równoległy do kręgosłupa.

D o ś w i a d c z e n i e V. Po otwarciu kanału kręgowego u kota wycięto 5 najniższych zwojów międzykręgowych; zabito go po 10-ciu dniach; zmian odżywczych nie znaleziono.

D o ś w i a d c z e n i e VI. Bez otwarcia kanału kręgowego wycięto u kota po prawej stronie 3 międzykręgowe zwoje lędźwiowe V. VI. i VII., z zachowaniem korzonków przednich; po otwarciu dolnej części kanału kręgowego wycięto 2 następne zwoje, wraz z korzonkami przednimi i tylnymi. W 26 dni po operacyi znaleziono mały wrzód, mający 5 mm. w średnicy w okolicy kręgosłupa, 25 mm. nad grzebieniem kości biodrowej; 4 dni później wrzód ten zupełnie się wygoił, nie zostawiwszy nawet śladów po sobie. Kota trzymano w dużej stajni na względnej wolności; w 4 miesiące po operacyi zauważono małe, 2 ctm. długie, $^1/_4$ ctm. szerokie zdrapanie naskórka na wewnętrznej powierzchni prawego uda; w kilka dni później wystąpiła na udzie rozlana sprawa zapalna: skóra zaczerwieniona, wilgotna, pozbawiona całkowicie włosów (eczema madidans). Kota zamknięto do klatki, dla uchronienia go od możliwych w obszernej stajni urazów: na miejsce dotknięte cierpieniem stosowano posypkę dermatolową z pudrem. Gojenie postępowało powolnie i dopiero w miesiąc później nastąpiło zupełne wygojenie; skóra posiada wejrzenie prawidłowe i zupełnie prawidłowo porosła nowymi włosami. Kot pozostaje dotychczas przy życiu, już $7^1/_2$ miesięcy od dnia operacyi i żadnym zmianom odżywczym wcale nie uległ.

D o ś w i a d c z e n i e VII. U kota wycięto po stronie prawej V. i VI. zwój lędźwiowy — zupełnie; VII. lędźwiowy (jak wykazała obdukcya) tylko częściowo, a po otwarciu kanału kręgowego wycięto I. i II. krzyżowy, 2 następne zostały zachowane, a pozostałe najniższe znów wycięto. Kot żył dni 15; zdechł wskutek ropienia w mięśniach, które rdzenia nie obejmowało. Zmian odżywczych nie można było wyśledzić; skóra zupełnie prawidłowa; jedynie na grzbiecie stopy, którą zwierzę trzymało zwróconą ku dołowi, włosy były więcej wytarte, niż po stronie przeciwnej; natomiast włosy na podeszwie tej strony były bujniejsze, niż po przeciwnej.

D o ś w i a d c z e n i e VIII. U kota wycięto po stronie prawej V. VI. i VII. zwój lędźwiowy i po otwarciu kanału I. i III. krzyżowy (II. pozostał, wycięto jedynie część odchodzącego od niego nerwu). Zmian odżywczych nie było; brak czucia w kończynie prawej — zupełny. Zdechł w 10 dni po operacyi; przy obdukcyi znaleziono ropienie w mięśniu, pod miejscem operacyi.

D o ś w i a d c z e n i e IX. U kota, po stronie prawej, wycięto VI. i VII. międzykręgowy zwój lędźwiowy; I. i III. krzyżowy, razem z obu korzonkami. Po jakimś czasie stwierdzono ropienie od szwu, ponieważ zwierzę wyciągało szwy pazurami; ropienie to wkrótce ustąpiło. Kot żył 3 miesiące, zmian odżywczych nie było.

Zastanawiając się nad opisanemi doświadczeniami, widzimy, że pomimo, iż niektóre zwierzęta utrzymywaliśmy przy życiu bardzo długo (doświadczenie VI i IX), zmian odżywczych stwierdzić nie byliśmy w stanie. Co się tyczy wybroczyny, jaką znaleziono w doświadczeniu II, nie można mieć pewności, czy przyczyna nie leży w urazie, wyrządzonym podczas operacyi, wskutek silnego odciągania skóry haczykami dla uczynienia bardziej dostępnem miejsca operowanego. Krwawienie w doświadczeniu III, jako znajdujące się w pobliżu szwu, samo przez się jest zrozumiałem. W doświadczeniach IV i VI zauważono wystąpienie wrzodów w pobliżu szwu; już samo ich umiejscowienie w okolicy szwu, w miejscu zaopatrywanem przez inne nerwy, niż te, które wychodziły z wyciętych zwojów, nie pozwala przypisywać ich powstania jakimś zmianom odżywczym, a doświadczenie IX rzuca pewne światło na sposób ich powstania. Zauważono mianowicie w tym przypadku, że zwierzę, wskutek pozostawienia szwów w miejscu operacyi, wyciągało je pazurami i w ten sposób sprowadzało owrzodzenie, pomimo że sama rana była już zagojona. Wrzód u kota, w doświadczeniu VI, wygoił się w zupełności i więcej już nie wystąpił, co przemawia za urazowem jego pochodzeniem. Fakt, że zapalenie skórne (które wystąpiło na udzie u kota w doświadczeniu VI i pociągnęło za sobą zupełne wypadnięcie włosów), mimo swej rozległości, wygoiło się całkowicie i miejsce objęte zapaleniem, po wygojeniu, znów porosło włosami, bynajmniej nie przemawia za istnieniem specyalnych nerwów

odżywczych i wpływów odżywczych ze strony zwojów międzykręgowych.

Aby wykluczyć możliwość zastąpienia wyciętych zwojów przez nerwy wychodzące ze zwojów strony przeciwnej i łączące się z pierwszymi zapomocą anastomozy, wycinaliśmy w przeważnej liczbie doświadczeń zwoje nerwów, dochodzących do tylnej kończyny, gdyż w tym przypadku o anastomozach mowy być nie może. W celu wykazania które zwoje mają związek z kończyną dolną, wykonaliśmy próbne doświadczenie, w którem, po odsłonięciu dolnej części rdzenia, drażniliśmy prądem elektrycznym korzonki przednie, przypuszczając, że, wraz z ruchowymi, dochodzą do łapy odpowiednie nerwy czuciowe i spostrzegaliśmy skurcz łapy. W ten sposób przekonaliśmy się, że do kończyny tylnej dochodzą nerwy zwojów 5, 6 i 7 lędźwiowych, 1, 2 i 3-krzyżowych; te też zwoje staraliśmy się wycinać.

Wyniki naszych doświadczeń nie pozwalają nam uznawać występowania zmian odżywczych, zawisłych wyłącznie od przecięcia nerwu lub wycięcia zwoju międzykręgowego, jakto w najnowszych czasach twierdzą Gaule i Bonne. (Dla wystąpienia jakichkolwiek zmian niezbędną jest jeszcze przyczyna zewnętrzna (trauma), ale możemy się zgodzić, że po takiem uszkodzeniu zmiany mogą być rozleglejsze i sprawa gojenia się jest powolniejszą, niż przy stanie nerwów nietkniętych. W tem tylko znaczeniu możemy przypuszczać istnienie wpływów odżywczych nerwów, nie zaś w rozumieniu Gaulego i Bonna, którzy uznają samoistne występowanie zmian odżywczych, już po przecięciu nerwów).

Okoliczność, że choćby tylko w jednym przypadku, po przecięciu nerwów, skóra i inne części ciała, przez te nerwy zaopatrywane, zachowały się pod względem odżywienia normalnie, jest z natury rzeczy daleko bardziej przekonywającą, niż znaczna liczba doświadczeń o wyniku przeciwnym. Nie ulega jednak wątpliwości, że po przecięciu nerwów występują czasem zmiany odżywcze, zwłaszcza jeżeli nastąpił uraz; te jednak, wobec niemożności przyjęcia istnienia specyalnych nerwów odżywczych, tłómaczyć musimy, podobnie jak Marpurgo, Bizzozero, Munck i inni, zmianami w czuciu i unaczynieniu, które są koniecznem następstwem przecięcia tych nerwów. Szczególnie, co do korzonków tylnych, to wiadomo z doświadczeń Strickera, Bonuziego, Biedla, Hasterlika i innych, że w korzeniach tych przebiegają odśrodkowe włókna, rozszerzające naczynia. Jeżeli więc po przecięciu tych korzonków nastąpi stałe, lub przynajmniej dłuższy czas trwające, zwężenie naczyń w odpowiedniej kończynie, to łatwo pojmiemy, dlaczego, zwłaszcza wobec braku czucia, częściej po tej stronie występować będą zmiany odżywcze, a wystąpiwszy raz, trudniej się będą goiły.

Sam Gaule, w replice na zarzuty, uczynione przez Eckharda przeciw wnioskom, wysnutym w pracy (umieszczonej w „Centralbl. f. Phys.", tom V, Nr. 15) o wpływie przecięcia nerwu trójdzielnego na odżywienie rogówki, uznaje istnienie dwóch źródeł, z których wynika przyczyna zmian, występujących po przecięciu nerwów; w ostatniej jednak pracy o tem nie wspomina i znów wraca do teoryi samoistnego występowania zmian po przecięciu nerwów, przypuszczając istnienie specyalnych nerwów odżywczych (troficznych). Z przypuszczeniem takiem absolutnie zgodzić się nie można, wobec wyżej przytoczonych faktów i doświadczeń, które nie potwierdzają występowania zmian, nawet po wycięciu tak znacznej liczby zwojów. Do wytłómaczenia zmian, które po przecięciu nerwów występują, wystarcza najzupełniej upośledzenie w funkcyach czuciowych, ruchowych i naczynioruchowych, które stanowią bezpośrednie następstwo przecięcia nerwów. Wszak odleżyny, na które Gaule się powołuje, występują nietylko w chorobach nerwowych, lecz i w innych ciężkich cierpieniach i do wyjaśnienia ich powstawania nie mamy powodu uciekać się do specyalnych nerwów; wystarczy tu bowiem ucisk, w połączeniu ze zmianami w krążeniu, a tem samem i odżywieniu tkanek.

II. O zapobieganiu gorączce połogowej w zakładach przeznaczonych do nauczania

podał

Prof. Dr. Antoni Mars.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

W czasie od 1. stycznia 1896 r. t. j. od dnia otwarcia Szkoły, do dnia 26 lipca 1897 r., w miesiącach trwania nauki w Szkole, rodziło kobiet 742. Liczba ta obejmuje wszystkie przypadki bez wyjątku. Między tymi było 321 pierwiastek, a 421 wieloródek, czyli taki stosunek, jaki w drugim tysiącu Hofmeiera.

Stany nieprawidłowe, jakie podczas porodu spostrzegano, wymagały następujących zabiegów operacyjnych:

Operacyj kleszczowych, przy nizkiem ustawieniu główki 10, przy wysokiem 22, razem	32
Obrotów	21
Wydobycia ręcznego płodu	15
Wymóżdżenia	12
Nakłócia wodogłowia	1
Wypaproszenia płodu	4
Cięcia cesarskiego	2
Wzniecenia przedwczesnego porodu	2
Wycięcia macicy pękniętej drogą laparotomii	3
Odprowadzenia wypadniętej pępowiny	4
Odprowadzenia rączki	4
Zmiany położenia twarzowego na czaszkowe	4
Wydobycia ręcznego popłodu	11
Wydobycia ręcznego i instrumentalnego jaja płodowego	11
Wydobycia polipa łożyskowego	1
Tamponady macicy	9
	136

Hofmeier nadto w statystyce swej, prócz przypadków operacyjnych, podaje i nazwy niektórych stanów patologicznych, wydarzających się podczas porodu.

Wobec tego musielibyśmy dodać jeszcze:

Pęknięcie macicy leczone zachowawczo	1
Drgawki (Eclampsia)	4
Łożysko przodujące (Placenta praevia)	3

Aby módz dokładniej nasze przypadki nieprawidłowe porównać z przypadkami Hofmeiera, należy liczbę naszych przypadków pomnożyć przez 4 razy, albowiem nasza liczba porodów jest 4 razy mniejszą; to nam daje następujący wynik:

	Hofmeier	Mars
Operacyj kleszczowych	64	124
Obrotów	71	84
Wydobycia ręcznego płodu	120	60
Wymóżdżenia	12	48
Cięcia cesarskiego	4	8
Nakłócia wodogłowia	0	4
Rozkawałkowania płodu (Embryotomia)	1	16
Wzniecenia przedwczesnego porodu	19	8
Laparotomij przy pęknięciu macicy	2	12
Rozcięcia spojenia łonowego (Symphysiotomia) . .	2	0
Odprowadzenia wypadniętej pępowiny	39	16
» » rączki	0	16
Zmiany położenia twarzowego na czaszkowe . .	0	16
Tympan. uteri	7	0
Drgawki (Eclampsia)	6	16
Łożysko przodujące (Placenta praevia)	16	12
Wydobycia ręcznego łożyska	21	44
Wydobycia ręcznego i instrumentalnego jaja płodowego	0	44
Wydobycia polipa łożyskowego	0	4
Tamponady macicy	5	36
	389	569

Zestawienie to świadczy bardzo wymownie, że między naszymi przypadkami znachodziło się daleko więcej spraw nieprawidłowych podczas porodu i że ogółem wykonano więcej zabiegów operacyjnych.

Jeżeli teraz zwrócimy uwagę na niektóre liczby w tem zestawieniu, a mianowicie: na liczbę przypadków wzniecenia przedwczesnego porodu, laparotomii przy pęknięciu macicy, operacyj kleszczowych, wymóżdżeń główki dziecka, embryotomij, to musimy przyznać, że liczby te znacznie się różnią. Zestawienie tych liczb dowodzi, że materyał, jakim rozporządza Hofmeier, składa się z osób znacznie inteligentniejszych, posiadających większe zaufanie do lekarzy i szpitala, że osoby te zgłaszają się do kliniki zawczasu, podczas gdy u nas przeciwnie materyał składa się z osób mniej oświeconych, które stronią od szpitala, a tem samem zgłaszają się późno, w ostatnim czasie przed porodem, najczęściej podczas porodu i to wówczas, gdy poród po za szpitalem dobrowolnie się nie kończy, a często już w stanie najwyższego zaniedbania. Dalej, z tego porównania wynika, że w moim materyale znachodzi się daleko więcej przypadków ciężkich i zaniedbanych, aniżeli w materyale Hofmeiera, na co szczególniejszy nacisk położyć muszę.

Przypatrzmy się wynikom:

Przypadków zejścia śmiertelnego mamy do zaznaczenia tylko trzy.

1) Przypadek zakażenia septycznego, powstałego po za Szkołą. Chorą przywieziono umierającą, w 4-ym dniu porodu, u której drugi okres porodowy trwał już od kilkunastu godzin. W chwili przyjęcia ciepłota wynosiła 40·0°, tętno 160, ledwo wyczuwalne, chora nieprzytomna. Główka tkwiła szczytem w wychodzie miednicy. Kleszcze, śmierć w 6 godzin po porodzie.

2) Pęknięcie macicy, zakażenie, laparotomia. Chorą z pękniętą macicą przywieziono z odległości 5 mil do Krakowa, pęknięcie macicy prawdopodobnie nastąpiło przed 12-tu godzinami. W czasie porodu położna wiejska badała wielokrotnie. W chwili przyjęcia płód leżał między jelitami, laparotomia, w jamie brzusznej źdźbło słomy. Śmierć z zakażenia.

3) Pęknięcie macicy, skrwawienie, laparotomia. Do Szkoły przywieziono osobę skrwawioną, bez tętna. Laparotomia. Stan ogólny poprawił się na kilka godzin. Gorączki nie było. Śmierć z niedomogi serca.

Śmiertelność w naszych przypadkach przedstawia się, w porównaniu ze statystyką Hofmeiera, jak następuje:

	Mars	Hofmeier
W ogóle umarło zatem	3 = 0·4%	0·7%
Między temi z powodu zakażenia .	2 = 0·28%	0·20%
Z powodu zakażenia w zakładzie .	0 = 0· %	0·13%

Porównanie śmiertelności nie wypada na naszą niekorzyść; statystyka śmiertelności w naszej Szkole, bez wykluczenia jakichkolwiek przypadków, przedstawia się lepiej niż u Hofmeiera, jest zatem lepszą, aniżeli we wszystkich niemieckich klinikach.

Co do nieprawidłowości, a względnie zachorowania w połogu, to każden przypadek, w którym ciepłota się podniosła wyżej 37·5, był uważany za nieprawidłowy.

Kontrola przypadków połogowych odbywała się w sposób następujący:

Mierzenie ciepłoty odbywało się wyłącznie przez zakładanie termometru pod pachę. Mierzono dwa razy dziennie, rano koło godziny 7-ej, wieczorem koło 5-ej. Ponieważ mierzenie ciepłoty przez lekarzy było niemożebne, dla niedostateczności personalu lekarskiego, zatem dokonywało się ono podwójnie. Osobno w każdym przypadku mierzyła należycie pouczona uczennica, a niezależnie od niej dużurna położna. Uczennica zapisywała ciepłotę na tablicy nad łóżkiem, a dyżurna położna na osobnej kartce. Gdy już mierzenie było ukończone, zaczynała się zwykle wizyta lekarska.

Tętno każdej położnicy badałem ja sam, albo asystent; równocześnie kontrolowano ciepłotę, zanotowaną przez dyżurną położnę. Ilekrotnie niezgadzała się ciepłota, notowana przez uczennicę, z ciepłotą podaną przez dyżurną, mierzono raz jeszcze wśród wizyty. W każdym przypadku, w którym tętno przechodziło 72 uderzeń na minutę, kontrolowano ciepłotę i, jeżeli chora zdradzała najmniejsze zboczenie, mierzono ciepłotę przy wizycie — Naturalnie tem skrzętniej, im wyższą znaleziono liczbę uderzeń tętna.

Ponieważ Szkoła położnych w ogólności ma łóżek i położnic niewiele, przeto też i dokładna kontrola nie jest trudną, tem więcej, że z małymi wyjątkami jestem codziennie raz przy łóżku każdej położnicy. Skoro w powyższy sposób ciepłota została już skontrolowaną, zapisuje ją jeden z lekarzy do historyi choroby, każdy zatem stopień ciepłoty, zanotowany w historyach choroby, jest poprzednio kontrolowany.

Według notatek znaleźliśmy w historyach choroby na 742 przypadków:

Połogów prawidłowych, w których ciepłota niedochodziła do 37·5, czyli połogów bezgorączkowych .	622 =	83·82%
Jednorazowe podniesienie ciepłoty niżej 38·0 . . .	44 =	5·93%
Gorączkujących z powodu chorób przypadkowych, jak zimnica, zapalenie opłucnej, gruźlica płuc . .	31 =	4·17%
Gorączkujących z powodu zmian w narządzie płciowym, po ustąpieniu których stan gorączkowy mijał, jak owrzodzenia pochwy, sromu, nieprawidłowe odchody (między tymi przypadki zakażenia rzeżączkowego), (a nadto te przypadki, w których innej przyczyny nie można było odnaleźć)	45 =	6·2%
Między tymi ostatnimi cięższych było	11 =	1·49%

Chcąc porównać nasze wyniki z wynikami Hofmeiera, musimy przedewszystkiem złączyć ze sobą położnice pierw-

szych dwóch kategoryj i wówczas otrzymamy liczbę 666 = 89·75% połogów prawidłowych. która to liczba schodzi się prawie z cyfrą Hofmeiera.

Zestawienie naszych gorączkowych połogów, ułożone według i w porównaniu z zestawieniem Hofmeiera. przedstawia się zatem:

		Mars	Hofmeier
Ogólna liczba gorączkujących . .	76 =	10·25%	9·2%
Choroba polega na zakażeniu (t. j. inne cierpienie nie dało się wykazać)	45 =	6·07%	5·9%
Z tego:			
Lekkie zboczenia	34 =	4·58%	3·8%
Ciężkie zboczenia (wliczając zmarłe)	11 =	1·49%	2·1%
Z powodu chorób przypadkowych .	31 =	4·17%	3·3%

Z zestawienia tego wypada, że wyniki nasze są równe wynikom Hofmeiera. W pierwszych dwóch tysiącach, są one lepsze od jego wyników, a nieco gorsze niż w jego trzecim tysiącu: różnica jednak niewchodząca w rachubę z ogólnem zestawieniem, bo gdy Hofmeier wykazuje 5·9% przypadków, pochodzących z zakażenia, to u nas wypada 6·07, czyli wynik Hofmeiera jest o 0·17% lepszy. Natomiast statystyka nasza jest korzystniejsza co do przypadków cięższego zakażenia, bo wykazujemy 1·49%, podczas gdy Hofmeier 2·1%.

Tak drobiazgowo porównania iść nie mogą, gdyż przyznać należy, że i przypadkowość gra tu pewną rolę.

W ogólnem zestawieniu wyników z klinik niemieckich, które podaje w swej pracy Hofmeier, musimy materyał naszej Szkoły, co do chorobliwości, postawić na drugiem miejscu, obok Hofmeiera; a w zestawieniu śmiertelności, obliczonem na 100.000 przypadków, na pierwszem miejscu przed innemi.

Jeżeli teraz powiemy, że przestrzykiwań zapobiegawczych wcale nie używamy, a badania wewnętrznego wcale nie ograniczamy, to wobec tego zdanie Hofmeiera, który o zapobiegawczem oczyszczaniu pochwy i szyi macicznej mówi: „so halte ich mich jetzt für berechtigt auszusprechen, dass k e i n anderes Verfahren im Stande ist, einen so hohen Schutz zu gewähren“ — ostać się nie może i. conajmniej, powiedzieć musimy, że takież same wyniki uzyskać można i innymi sposobami.

Zwyczaje w Szkole położnych nieodbiegają prawie w niczem od zwyczajów na wielu klinikach przyjętych. Zaprowadzony jest tylko ścisły nadzór i pedanterya w przeprowadzaniu przyjętych zasad. Nikomu z personalu lekarskiego, ani z uczennic, nie wolno pod żadnym pozorem wejść do ubikacyj szkolnych w zwykłem ubraniu, tylko musi przywdziać wierzchnie płócienne okrycie. Po wejściu do którejkolwiek z sal, pierwszą czynnością każdego jest mycie rąk, wykonywane według metody F ü r b r i n g e r a, a zatem woda do mycia gotowana, — najpierw mydło i szczotka, — potem wyskok (dla taniości denaturalizowany) i szczotka, — sublimat i szczotka (względnie 5% rozczyn kwasu karbolowego). Mycie rąk mydłem i wyskokiem odbywa się pod kurkiem, rozczynem zaś sublimatu — na miednicach. Co do kwasu karbolowego, to przepisy istniejące do dnia 1-go października 1897 polecały mycie rąk w 5% rozczynie: czyniąc zadość tym przepisom były uczennice w tem postępowaniu pouczane, a pewną liczbę dni w roku sposób ten stosowano. Ze względu jednak, że kwas karbolowy niszczy ręce, musiano zdwoić uwagę w kontrolowaniu myjących się. Z tego ostatniego względu do chemicznego wyjałowienia rąk używamy z zasady sublimatu.

Wizyta odbywa się zawsze w pewnym oznaczonym porządku, a mianowicie: najpierw na sali porodowej, potem u położnic, dalej u brzemiennych, a wreszcie u chorych ginekologicznych. Uczennicom, pełniącym służbę nie wolno przechodzić z sali do sali; przekroczenia w tym kierunku są surowo karane. Jeżeli która z uczennic ma osobę chorą w rodzinie nie wolno jej przychodzić do Szkoły, a dopiero po przedstawieniu świadectwa lekarskiego, może powrócić do zakładu. O każdym lekarzu, należącym do składu personalu w Szkole, mamy dokładne szczegóły, co w ciągu dnia robi i czy nie miał styczności z chorobami zakaźnemi.

Jeżeli na sali porodowej jest rodząca, dyżurna położna dozoruje, aby uczennice nie popełniały błędów w przepisach, dotyczących mycia i badania. Niewolno nikomu podejmywać żadnej czynności przy rodzących i położnicach bez każdorazowego umycia rąk. Każdej osobie ciężarnej czy rodzącej oczyszcza się gruntownie przed pierwszem badaniem podbrzusze, okolicę udową i zewnętrzną sromu. W tym celu szoruje się tę okolicę mydłem i ręką, a potem spłókuje rozczynem lisolu. Używamy tych tylko instrumentów i przyborów, które nadają się do wyjałowienia, zwłaszcza przez gotowanie. Bielizna używa się w takim stanie, w jakim przychodzi z pralni. Bada się i operuje rękami mokremi. Po porodach prawidłowych pochwy nie przestrzykujemy, lecz opłókujemy srom lisolem. Podobnie postępuje się po zabiegach operacyjnych u osób zdrowych, a tylko wyjątkowo przepłókuje się pochwę 2%-ym rozczynem lisolu. W przypadkach bardzo częstego u nas zakażenia rzeżączkowego przestrzykuje się pochwę po zabiegach operacyjnych rozczynem lisolu. Macicę przestrzykujemy bardzo rzadko, tylko w przypadkach stwierdzonego rozkładu. Przez cały przeciąg będącego w mowie czasu przestrzykiwano trzy razy macicę po porodzie, a 4 razy w połogu.

Opatrunki przyrządzone przez nas, wyjaławiamy parą. Pęknięcia międzykrocza szyjemy piętrowo, o ile możności zaraz po porodzie. Wszelkie zabiegi operacyjne, o ile to tylko możebne, wykonujemy pod kontrolą wzroku, w myśl zasad, które podał I-szy asystent Dr. Kośmiński („Przegląd lekarski“ 1897 Nr. 26 i 27). (Centrabl. f. Gynk. 1897 Nr. 29), zatem n. p. embryotomię, po odsłonięciu części poprzedzającej za pomocą wzierników metodą Kośmińskiego.

Laparotomię wykonujemy ściśle aseptycznie. Poczuwam się zatem w prawie do wypowiedzenia zdania, że wyniki tak dobre, jakie mamy, a równające się najlepszym znanym, t. j. wynikom, jakie wykazał Hofmeier w klinice w Würzburgu, uzyskałem bez zapobiegawczego oczyszczania pochwy i szyi macicznej, że zatem oprócz tego sposobu istnieje inny, prowadzący do równie dobrych wyników, a polegający na należytem przestrzeganiu przepisów podmiotowej aseptyki.

Jeżeli czemu zawdzięczam tak dobre wyniki w krakowskiej Szkole położnych, to głównie temu, że tak dobrze na klinice uczniów, gdzie część główna mego materyału, jak wspomniałem, służy do celów dydaktycznych, jako też i w Szkole położnych, przepisy podmiotowego postępowania bezgnilnego bywają ściśle przestrzegane. Nadto korzystam

ze sposobności, aby stwierdzić zdanie jednego z klinicystów niemieckich, że wyniki naszych zabiegów nie zależą dziś od nas samych, ale od naszych asystentów. Tak też i ja muszę mym współpracownikom wypowiedzieć szczere uznanie, gdyż bez ich sumiennej pomocy nigdybym tych wyników uzyskać nie mógł. Uznanie to musi się odnosić do mego pierwszego asystenta, gdyż drugi funkcyonuje dopiero od miesiąca, a inni lekarze, czynni na oddziale z ramienia zarządu szpitala, zmieniali się co kilka miesięcy, tj. w czasie, gdy już rutyny nabywali, opuszczali szkołę, by się udać na inny oddział szpitalny.

Wreszcie wypada mi jeszcze oświadczyć, jak się zapatruję na zapobiegawcze oczyszczanie pochwy i szyi. Już wyżej zaznaczyłem, że oczyszczanie takie, jak je Hofmeier pojmuje i jak na jego klinice bywa wykonywane, może być skuteczne i nie sądzę, aby samo przez się, należycie wykonane, mogło być szkodliwe. Jak na dziś uważać je muszę, wobec moich wyników, za zbyteczne, a co więcej powiem, że nawet w razie gdybym miał gorsze wyniki, zaostrzyłbym przepisy, stałbym się ostrożniejszym, a przecieżbym się jeszcze zapobiegawczego oczyszczania pochwy i szyi macicznej nie imał, a to dlatego, że oczyszczanie takie uważam za postępowanie obosieczne, albowiem o ile, należycie przeprowadzone, może być pomocnem, o tyle wykonywane źle, niesumiennie i niedość czysto, stać się może wprost szkodliwem. Tu nie idzie tylko o samą Szkołę i o materyał szkolny, ale ze Szkoły wynoszą uczniowie i położne to postępowanie na szerokie pole praktyki, gdzie niedostateczna miara sumienności może wiele złego narobić, wszak tu idzie o szerokie koła, o znaczne zastępy rodzących po za zakładami specyalnymi.

Wolę nic nie robić, niż szkodzić.

III. O trądzie w Bośnii i Hercegowinie.

Zestawił

Dr. J. Baschkopf,

lekarz pułkowy w Serajewie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Grupując trędowatych bośniackich według zatrudnienia, wyznania i t. d., okazuje się, że przeważająca liczba tych chorych należy do ludności wiejskiej, zajmującej się uprawą roli, pasaniem bydła i t. p. Dzieląc trędowatych według wyznań, których w Bośnii i Hercegowinie jest cztery, przekonywamy się, że trądowi ulegają najczęściej mieszkańcy wyznania mahometańskiego, a najrzadziej katolicy. Neumann podnosi następnie w swem sprawozdaniu wielką śmiertelność trędowatych w Bośnii, gdyż już od roku 1891 umarło tu na trąd 32 osoby, chociaż choroba ta trwa zwykle całe dziesiątki lat.

Naturalną jest rzeczą, że, we wszystkich przypadkach stwierdzonego trądu, uwaga lekarzy była zwrócona przedewszystkiem w kierunku zbadania czynników, ułatwiających powstawanie i szerzenie się choroby. Badania, przedsięwzięte w celu poznania słuszności teoryi o dziedziczności trądu, wykazały, że zachorzenia te w jednej rodzinie nie należą wcale do rzadkości. Od czasu do czasu stwierdzono także występowanie trądu u rodziców i krewnych.

Ze względów praktycznych zwracano baczną uwagę na sprawę przeniesienia się choroby przez zetknięcie (przyrzut, *contagium*). Wywiady w poszczególnych przypadkach pouczyły, że chorzy badani przebywali często w towarzystwie trędowatych, nosili ich suknie etc. Już inni badacze wykazali, że tą drogą może się choroba przenosić z człowieka chorego na dotychczas zdrowego.

Ważne miejsce w wspomnianych badaniach zajmuje naturalnie poznanie czynników etyologicznych trądu. Otóż przekonano się, że trędowaci w Bośnii i Hercegowinie najczęściej prowadzą żywot swój wśród najnędzniejszych stosunków materyalnych. Prawie wszystkie czynniki, uważane powszechnie za przyczynowe, usposabiające do nabycia trądu, stwierdzono tu w największej liczbie przypadków, jak n. p. przebywanie w ciasnych i nędznych, źle odwietrzanych, lepiankach, wobec których nasze chałupy galicyjskie mogłyby być dumne; dalej pożywienie niedostateczne, najczęściej roślinne, nadto jeszcze częstokroć zepsute; częste posty, nakazane przepisami religijnymi, szczególnie u ortodoksów i t. d. Tylko wyjątkowo trędowaci bośniaccy należeli do warstwy zamożniejszej, żyjącej w korzystniejszych warunkach higienicznych.

Uwzględniając podania niektórych autorów, przypisujących wielkie znaczenie w powstawaniu trądu wyłącznemu żywieniu się rybami, rozciągnięto wywiady także w tym kierunku. Poszukiwania te jednak wypadły na niekorzyść powyższej teoryi, ponieważ udało się wykazać, że 17% trędowatych krajowców nigdy, lub też bardzo tylko rzadko, spożywało ryby.

Neumann przedstawia następnie zakres rozprzestrzenienia się trądu w Bośnii i Hercegowinie pod względem topograficznym. Dla lepszego zrozumienia tych stosunków przytacza niektóre ogólne daty geograficzne tego kraju. Powierzchnia jego zajmuje 51,027 metrów kwadratowych, na których żyje, według urzędowego obliczenia z roku 1895 — nie licząc wojska — 1,568,092 mieszkańców. Kraj ten jest przeważnie górzysty, z charakterem po większej części alpejskim. Większa dolina rozciąga się tylko w północnej części kraju, jako ciąg dalszy równiny slawońskiej. Klimat, ze względu na południowe położenie kraju, jest za ostry; na południu, więcej morski, na północy przeważnie lądowy, z krańcowemi wahaniami ciepłoty i obfitymi opadami atmosferycznymi. Pod względem hidrograficznym rzeki należą do morza czarnego, dzięki głównej arteryi wodnej kraju, Bośnie, wpadającej do Sawy, pobocznej rzeki Dunaju; zaś przez rzekę Narentę w Hercegowinie — do morza adryatyckiego.

Otóż pod względem topograficznego rozkładu trądu występuje on najczęściej w obwodzie Serajewskim i Mostarskim, mniej często w Tuzlańskim i Trawnickim, a tylko sporadycznie w Banjaluce. Ze szczegółowego zestawienia, podanego przez Neumanna wynika, że trąd przydarza się najczęściej w powiatach południowych i wschodnich, a tu znowu najwięcej w miejscowościach graniczących z Dalmacyą, Czarnogórą, Sandżakiem nowobazarskim i Serbią, podczas gdy części północne prowincyi zajętych, graniczące z Kroacyą i Slawonią, a więc właśnie powiaty, bezpośrednio przylegające do monarchii austro-węgierskiej, okazują tylko sporadyczne występowanie trądu, lub też są zupełnie od niego wolne. Szczegóły te posiadają wielkie znaczenie dla sprawy, tyczącej się tych krajów, od strony których zagraża nam właściwie zawleczenie choroby. Powyżej skreślone rozmieszczenie się geo-

graficzne trądu, rzadkość lub zupełny brak choroby w powiatach, graniczących bezpośrednio z monarchią austro-węgierską, względna zaś częstość w powiatach, przytykających do krajów półwyspu bałkańskiego, leżących na uboczu od wielkich linii komunikacyjnych, wszystko to przyczynia się do poznania głównej drogi, którą trąd wtargnał do kraju i wyjaśnia powody, dla których przez tak długi czas się w nim utrzymał.

*

Co się tyczy leczenia trądu, to można o niem to samo powiedzieć, co się mówi o leczeniu wszystkich innych chorób nieuleczalnych. Różni autorowie podali różne sposoby i różne środki; lecz nadzieje, w nich pokładane, nigdy się nie ziściły. Wszystkie te środki, w mniejszym lub większym stopniu zawiodły. I tak polecano i stosowano wielokrotnie, naturalnie obok leczenia czysto objawowego, wstrzykiwania sublimatowe, salicylan sodowy, przetwory jodowe i wiele innych leków. W ostatnich czasach polecił Dr. Carrasquilla, dyrektor leprosoryi w Bogocie (Kolumbia), leczenie trądu surowicą. Tę otrzymał sposobem następującym: trędowatemu wypuszczał krew z żyły, poczem surowicę otrzymaną z tej krwi, szczepił kozie, a następnie konowi. Po kilku dniach wypuszczał krew z żyły szyjnej tych zwierząt, zbierał surowicę krwi i przechowywał ją w dobrze zamkniętych, od światła zabezpieczonych, flaszeczkach. Przed wstrzyknięciem trędowatemu surowicy, otrzymanej tym sposobem, robi się próbne wstrzyknięcie morskiej śwince, celem przekonania się, czy surowica nie zawiera obcych ciał gnilnych. Wstrzykiwania rozpoczyna się od dawki pół ctm.[3], a postępując stopniowo, doszedł Carrasquilla w końcu miesiąca do 20 ctm.[3]. Autor ten twierdzi, że udało mu się tym sposobem trąd wyleczyć czyli, że trąd jest chorobą uleczalną. Doniosłość tego twierdzenia zrozumie łatwo każdy, kto miał sposobność obserwować straszny zaiste los tych nieszczęśliwych chorych którzy dotychczas, mimo troskliwej opieki w szpitalach i leprozoryach, mimo rozmaitych zabiegów leczniczych i odmiennych warunków higienicznych, ginęli wszyscy, przedstawiając, w ostatnich latach swego życia, obraz nędzy ludzkiej, w najjaskrawszej postaci, przejmujący zgrozą i litością.

Lekarze, którzy dotychczas stósowali w trądzie seroterapię według wskazówek Carrasquilli, wyrażają się o niej bardzo oględnie. W literaturze, dla mnie przystępnej, znalazłem tylko jedno doniesienie, polecające to leczenie, mianowicie Dr. F. Buzzi w Berlinie podaje, że udało mu się zapomocą seroterapii osiągnąć skutki lepsze, niż którymkolwiek z poleconych dotychczas środków. Inni do takich wyników jeszcze nie doszli. Wobec tego smutnego stanu sprawy leczenia tej groźnej choroby zgodzić się musimy z twierdzeniem Lassara, oraz wielu innych leprologów, że trąd jest dla praktycznej medycyny dotychczas chorobą nieuleczalną i że jedynie „trąd narodów“, t. j. zapobieganie rozszerzeniu się choroby, jest w wysokim stopniu przystępnym dla medycyny zapobiegawczej. Według jednomyślnego twierdzenia wszystkich powag autorskich leczenie trądu poszczególnych jednostek zawiodło dotychczas zupełnie; najlepszych względnie wyników należy spodziewać się jedynie od usiłowań zapobiegawczych, stósowanych przeciw trądowi.

Co się wreszcie tyczy leczenia tej choroby w Bośnii i Hercegowinie, należy podnieść przedewszystkiem zabiegi w tym kierunku, przedsiębrane w szpitalu serajewskim. Prymaryusz oddziału skórno-wenerycznego, radzca Dr. Glück, stosuje u swych chorych trędowatych, umieszczonych w osobnym oddziale, wszystkie sposoby, od wielu lat polecane. W ostatnim czasie próbuje się także seroterapii według Carrasquilli i stósowania wewnętrznie i zewnętrznie wody mineralnej arszenikalno-żelazistej, ze źródła Srebrenicy, odpowiadającej wodom mineralnym Levico lub Roncegno w Tyrolu. Zamierzonem jest urządzić w Srebrenicy specyalne schronisko dla trędowatych bośniackich.

Dr. Glück sam badał i spostrzegał dotychczas 72 przypadków trądu i doszedł, na podstawie zebranych przy tej sposobności doświadczeń, do zapatrywania nieco odmiennego o istocie trądu od zapatrywania innych leprologów. Według tego autora trąd jest chorobą ustrojową zakaźną (constitutionell infectiös), której jad od czasu do czasu staje się czynnym i zupełnie nieregularnie, wśród wybitnych objawów nagłego wybuchu, tworzy we krwi najrozmaitszych części ciała nowe ogniska chorobowe, sprowadzając świeże zmiany. Objawy te pozostają przez miesiące bez widocznych zmian, a dopiero świeży napad gorączki zmienia dotychczas jednostajny obraz chorobowy, gdyż podczas przebiegu, lub też po ukończeniu nowego wybuchu, występują na miejscach, do tej pory nietkniętych, skóry i błon śluzowych, świeże zmiany swoiste. Trąd więc jest, według Glücka, wybitną chorobą przerzutową, posiadającą wprawdzie pewne miejsca wybrane, której wytwory chorobowe jednak odznaczają się bardzo małą zdolnością zakażania okolicznych części.

*

Na zakończenie tych uwag niech nam wolno będzie przytoczyć jeszcze ostateczne wnioski, do jakich przyszła berlińska „konferencya w sprawie trądu“ na podstawie kilkudniowych narad. Ważność tych wyników wspólnej pracy najznakomitszych leprologów całego świata wypływa z wielkiego znaczenia, do którego doszła w naszym czasie sprawa trądu. Choroba ta wprawdzie już od najdawniejszych czasów zwracała na siebie uwagę zagrożonej ludzkości, jak o tem świadczy ustawodawstwo tak cywilne, jak i kościelne. Wszak wiadomo, że już w starym testamencie znajdujemy szczegóły o trędowatych, że są to ludzie „nieczyści“, że nie wolno zdrowym z nimi wchodzić w zetknięcie, że trąd to „kara boża“ i t. d.

Sprawa ta jednak jest obecnie tem bardziej piekąca, że niestety, możemy stwierdzić groźny postęp trądu w Europie, w której przez wiele wieków żyły narody w błędnem przeświadczeniu, że posiadają zupełną odporność przeciw niemu, i że trąd jest chorobą przedewszystkiem pozaeuropejską!

Tymczasem okazuje się coraz częściej, jak to przekonanie było złudnem. Dopiero od kilku dziesiątek lat poświęcają lekarze i władze baczniejszą uwagę tej najstraszniejszej ze wszystkich przewlekłych epidemij, nawołując ostatecznie do wspólnej przeciw niej obronie, jak tego dowodzi berlińska międzynarodowa „Lepra-Conferenz“.

Oto wnioski tej konferencyi:

Bodźcem, wywołującym chorobę, według obecnego stanu nauki, jest prątek trądowy, znany (światu lekarskiemu) od 25 lat, dzięki odkryciu Hansena i pracom Neissera. Wprawdzie nie znamy jeszcze warunków, wśród których rozwija

się ten prątek, tak samo nie znamy sposobu jego wnikania do ustroju ludzkiego; uchwały konferencyi pouczają, że blizkiem jest porozumienie co do pojmowania dróg, któremi prątek ten rozszerza się w ciele ludzkiem. Jednomyślnem jest zapatrywanie wszystkich, że tylko człowiek jest nośnikiem tego prątka. W sprawie obfitości wydzielania się prątka z chorego ustroju, a mianowicie przez błonę śluzową nosa i ust, podano bardzo pouczające spostrzeżenia, których stwierdzenie jest koniecznie pożądanem na wielkim materyale chorych. Naprzeciw tej sprawy, o znaczeniu wyłącznie naukowem, stoi fakt, posiadający wielką doniosłość praktyczną dla tych wszystkich, którym powierzono troskę o dobro ludu, mianowicie uznanie trądu za chorobę zakaźną.

Każdy trędowaty przedstawia niebezpieczeństwo dla swojego otoczenia. Niebezpieczeństwo to powiększa się, im ściślejszymi i dłużej trwającymi są stosunki chorego z jego zdrowem otoczeniem i im gorszymi są warunki zdrowotne, wśród których one się odgrywają. Odpowiednio do tego każdy trędowaty przedstawia, szczególnie wśród najuboższej ludności, ciągłe niebezpieczeństwo przeniesienia choroby na jego rodzinę i otoczenie. Nie można jednak zaprzeczyć, że przypadki przeniesienia choroby na ludzi, żyjących w korzystniejszych warunkach materyalnych, nie należą już do wyjątków. Do rozszerzenia przyrzutowego zapatrywania na istotę trądu, przyczyniło się przeświadczenie o mylności pojęcia, że trąd rozszerza się przez dziedziczenie. Leczenie trądu osięga dotychczas tylko skutki łagodzące. Pod tym względem nie zmieniło stanu rzeczy leczenie trądu surowicą. Wobec nieuleczalności trądu, wobec oszpecenia, jakie on sprowadza, wobec ciężkich szkód społecznych, jakie on wyrządza — uważa konferencya berlińska, odpowiednio do swego przekonania o przyrzutowej istocie choroby, że odosabnianie jest jedynym, najszybszym środkiem, zmierzającym do stłumienia trądu, szczególnie, gdzie on jest rozpowszechniony ogniskowo lub nagminnie. Potwierdzenie tych zapatrywań znajduje konferencya w wynikach, jakie osiągnięto w Norwegii, przez odosobnianie trędowatych, ku czemu stworzono prawną podstawę do wykonania odosobniania także u tych chorych, którzy nie poddają się dobrowolnie obowiązkowi izolacyjnemu.

Kończąc tych kilka uwag o trądzie w krajach zajętych, słusznem jest podnieść wielkie zasługi, jakie na tem polu, tak mało dotychczas w Bośnii uprawianem, położył sumienny badacz trądu, radca Dr. Glück. Owocem pięcioletnich jego badań bakteryologicznych, histologicznych i klinicznych jest wzbogacenie literatury nadzwyczaj cennymi nabytkami naukowymi; przyklasnąć zatem należy oświadczeniu profesora Düringa, który uważa polskiego badacza za najznakomitszego leprologa przyszłości.

IV. Wyciągi.

Prof. Dr. Kleinwächter: **Wichtige gynäkologische Heilfactoren.** *(Wiedeń. 1898). (Wiener klinik* I. 1898)

Z właściwą sobie znajomością historyi medycyny podaje autor, na początku pracy, pogląd na rozwój ginekologii i zaznacza dzisiejszy kierunek, odznaczający się wygórowaną dążnością do leczenia operacyjnego. Kierunek ten gani i przechodząc po kolei różne stany patologiczne, które dzisiaj bywają leczone operacyjnie, stara się wykazać, że granice, któreby należało zakreślić leczeniu operacyjnemu, przekraczają dzisiejsi operatorowie, i że wyniki pooperacyjne nie ziszczają bardzo często tego, czego się spodziewamy po dokonanych zabiegach. Osoby operowane podlegają po dłuższym przeciągu czasu napowrót tymsamym a często wzmożonym dolegliwościom, niejednokrotnie zaś nadto pojawiają się i nowe dolegliwości, które odnieść należy do dokonanego zabiegu operacyjnego. Wobec tego radzi autor ściślejsze określenie wskazań, a wogóle wstrzemięźliwość w kierunku operacyjnym, temwięcej, że innymi sposobami można bardzo wiele zdziałać i prowadzić skutecznie leczenie.

O różnych sposobach leczenia ginekologicznego wspomina autor po kolei, dorzucając swoje krytyczne uwagi, a główny kładzie nacisk na leczenie zdrojowokąpielowe, któremu poświęca połowę całej pracy.

Szczególniej podnosi wartość kąpieli żelezistych i borowinowych, obok picia wód żelezistych. Zastanawiając się nad działaniem tych czynników, przychodzi do przekonania, że sposób działania jest nam nieznany, że atoli codzienne doświadczenie poucza nas o świetnych wynikach, uzyskanych zapomocą tego leczenia, przyczem wspomina, że nie wszystkie klasy społeczne z niego korzystać mogą.

O ile autor, w pierwszej części, słusznie gani zbytnią pochopność do operacyj, o tyle zbyt przecenia wartość leczenia zdrojowo-kąpielowego. Poleca je w bardzo wielu stanach nieprawidłowych i między innemi n. p. stara się udowodnić, że zmiana taka jak tyłozgięcie macicy w niektórych przypadkach, pod wpływem zdrojowo-kąpielowego leczenia, w przodopochylenie prawidłowe dobrowolnie zamienić się może.

Chociaż na niektóre poglądy autora się nie godzimy i tak wszechstronnie tego leczenia polecać niemożemy, bodaj właśnie dlatego, że stosunkowo tylko mała garstka chorych z niego korzystać może, to tem chętniej zdajemy sprawę z jego pracy, że niejesteśmy zwolennikami zbyt pochopnego operowania w ginekologii, a obok innych sposobów nauczyliśmy się cenić wyniki leczenia zdrojowo-kąpielowego, jakie stwierdzamy codziennie u osób powracających z naszych krajowych zakładów zdrojowo-kąpielowych, które przyroda wyposażyła równie hojnie swemi bogactwami, jak i znane nam zakłady zagraniczne. *Dr. Kośmiński.*

Wassermann i Takaki. **O nowym sposobie uodporniania.** *W.* **„Ueber eine neue Art d. Künstl. Immunität".** *W.* i *T.* **Ueber tetanusantitoxische Eigensch. des norm. Centralnervensyst.** *(Berl. Klin. Woch.* 1898, Nr. 1.) *W.* **Weitere Mittheil. üb. d. Seitenketten. Immunität.** *(Berl. Klin. Woch.* 1898 Nr. 10). Punktem wyjścia dla doświadczeń Wassermanna była teorya Ehrlicha, t. zw. „Seitenketten-Theorie". (E ogłosił ją w swej pracy „Ueber d. Werthbemess. d. Diphterie-Heilserums"). E. przypuszcza, że dla zakażenia zwierzęcia jakim jadem, n. p. tężcowym, musi pewien rodzaj komórek być do tego usposobionym; więc w tym przypadku, komórki rdzenia wejść muszą jakby w połączenie chemiczne z jadem. W połączenie to wchodzi tylko cząstka komórki, którąto E. zwie „die toxophore Seitenkette". Cząstka ta odpada, a komórka odradza się na nowo. Sądzi dalej, że antytoksyny w tężcu, są to owe cząstki komórek rdzenia, które w ciągu sprawy uodpornienia jako „toxophore Seitenkette" od komórki się odrywają i pozostają w rozpuszczeniu.

Idąc za tą myślą przewodnią W., wraz z Drem Takaki, przeprowadzili na zwierzętach szereg doświadczeń, wśród których wstrzykiwali do żył myszom białym, na 24 godzin przed zakażeniem ich jadem tężcowym, zawiesinę z rdzenia lub mózgu zdrowych zwierząt, przyrządzoną z roczynem fizyologicznym soli kuchennej, — a potem dopiero szczepili tężec. Rozumowali przytem w ten sposób, że jeżeli pojęcie Ehrlicha o antytoksynach ma być słusznem, to jad tężcowy, mając tu sposobność łatwego i zupełnego nasycenia się z krążącymi we krwi pierwiastkami nerwowymi, pozostawi nietknięty układ nerwowy ośrodkowy danego zwierzęcia. Wynik doświadczeń był zdumiewający, gdyż potwier-

dził powyższe przypuszczenie; — zwierzęta zostawały przy życiu. W dalszych doświadczeniach przekonał się W., że wstrzykując wspomnianą zawiesinę, nawet w kilka godzin po dokonanem zakażeniu, udaje się jeszcze w ten sposób życie zwierzęcia uratować.

Nowy ten rodzaj uodporniania nazywa W. „Seitenketten-Immunität", którego istota zatem, biorąc rzecz ogólnie, polegać będzie na wstrzyknięciu do ustroju pewnych pierwiastków tkankowych, do których dany jad ma szczególne jakoby powinowactwo, a to w celu, aby dać mu sposobność łatwego nasycenia się i zobojętnienia.

Dodać należy, że wśród swych doświadczeń przekonali się W. i T., że żaden inny narząd, prócz mózgu i rdzenia, nie posiada wobec tężca podobnych własności.

W dalszym ciągu udało się W. i T. sprowadzić uodpornienie wobec prątka durowego, przez wstrzykiwanie zawiesiny ze śledziony, szpiku, gruczołów chłonnych lub grasicy, pochodzących jednakże nie ze zwierząt zdrowych, gdyż wtedy skutku nie było, a tylko ze zwierząt, którym parę dni wcześniej wstrzyknięto prątki durowe, rzecz obojętna, żyjące, lub nieżywe.

Niezależnie od doświadczeń W. i T. ogłasza Behring (Deut. med. Woch. 1898), że Wernickemu udało się uodpornić zwierzęta, którym szczepiono wąglik, przez wstrzyknięcie tkanki śledzionowej. *Dr. B. Wojciechowski.*

Jellinek: **Siła barwna i zawartość żelaza we krwi.** (*Wien. klin. Woch.*, 1897, Nr. 47). Oznaczając siłę barwną hemometrem Fleischla, a zawartość żelaza ferometrem Jollesa, doszedł autor do wniosku, że obie te ilości nie idą ze sobą równolegle. Uwydatnia się to już przy badaniu krwi prawidłowej, przyczem można dostrzedz niezgodność w obu kierunkach, ale jeszcze więcej w stanach chorobowych. Przy rozmaitych rodzajach niedokrewności przyrząd Fleischla wykazuje zawartość mniejszą, jakby to odpowiadało ilości żelaza. Należałoby ztąd wyciągnąć wniosek, że hemoglobina mniejsza w tych razach posiada siłę barwną, albo, że żelazo znachodzi się częściowo w związku bezbarwnym. Podobnie po napadzie zimniczym ilość żelaza się nie zmienia, chociaż ilość hemoglobiny (Fleischlem) znacznie niekiedy opada. Uwolnione żelazo musiało utworzyć połączenie bezbarwne.

W innych przypadkach, n. p. przy plamicy (purpura haemorrhagica), stosunek jest odwrotny, widocznie istnieją tu barwiki nie zawierające żelaza. Zostały one już częściowo wykryte: luteina Thudichum i hidrobilirubina Malyego.

Lewkowicz.

Schlesinger: **Przyczynek do fizyologii pęcherza moczowego.** (*Wien klin. Woch.*, 1897, Nr. 47). Autor opisuje dwa zajmujące przypadki. W jednym, u 61-letniej kobiety, rak kręgosłupa (12-go kręgu piersiowego i 1-go lędźwiowego) przeszedł na rdzeń i zniszczył całkowicie grzbietową część 4-go odcinka krzyżowego. (Rdzeń, jak wiadomo kończy się już na wysokości 1-go, albo 2-go kręgu lędźwiowego). Za życia istniały objawy zupełnego porażenia pęcherza, tak co do wydalania, jak i zatrzymywania moczu, ciągłe odchodzenie moczu kroplami, brak poczucia napełnienia się pęcherza, znieczulenie jego błony śluzowej. Ośrodek pęcherza musi zatem leżeć w 4 tym odcinku krzyżowym rdzenia. W dalszym przebiegu wystąpiły jeszcze zaburzenia czynnościowe ze strony kiszki odchodowej i znieczulenie skóry na międzykroczu i zewnętrznych częściach płciowych.

W drugim przypadku chodziło o przerzut mięsakowy, który zniszczył 3-ci i 4 ty odcinek krzyżowy rdzenia, ale tylko po jednej stronie. Za życia były tylko objawy zwolnienia czynności odruchowych i skurcz zdziergacza cewki, potrzeba napierania przy oddawaniu moczu, podobnie zaparcie stolca. Czucie pęcherza i poczucie jego pełności było zachowane i nie było mimowolnego oddawania moczu. Widocznie nieparzysty narząd, jakim jest pęcherz, posiada parzysty ośrodek, którego obie połowy mogą się wzajemnie zastępować w czynnościach, a obie połowy rdzenia, zapomocą włókien czuciowych, stoją w związku z całym pęcherzem moczowym. *Lewkowicz.*

Dr. A. Mannaberg: **Przyczynek do kazuistyki wielokrotnych ran postrzałowych jelita cienkiego.** (*Beitr. zur klin. Chirurgie* XX. 2). 40-letnia zarobnica przywieziona została do kliniki Wölflera z raną postrzałową, drążącą brzucha, zadaną przypadkiem przed paroma godzinami. Rana wejścia pocisku usadowiona była na prawo od linii środkowej ciała i poniżej poziomej, przechodzącej przez pępek. Miejsca wylotu nie znaleziono. Natychmiast otworzono jamę brzuszną. W małej miednicy znaleziono około $1^1/_2$ litra krwi zmięszanej z resztkami pokarmów. Jelito cienkie (biodrowe), w dolnym odcinku, 17 razy przedziurawione. Wszystkie otwory pozaszywano, krew kompresami wymaczano i szybko zamknięto jamę brzuszną. Operacya trwała $2^1/_2$ godziny. Po 5 tygodniach wypisano chorą z kliniki, jako zupełnie zdrową.

Herman.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 marca 1898 r.

Przewodniczący: kol. Machek. — Członków obecnych 43.

1. Przewodniczący przedstawił nowego członka Sekcyi, kol. Dra Tadeusza Fechtera

2. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3. Kol. Szulisławski przedstawił 3 przypadki operowanych z powodu zaćmy powikłanej w następstwie zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego (cataracta compl. accreta). Osiągnięcie dobrego wyniku było możliwem tylko po kilkakrotnem wykonaniu wycięcia tęczówki tak, że każdy z chorych kilkakrotnie był operowanym.

W dyskusyi przemawiał kol. Machek.

4. Kol. prof. Rydygier przedstawił chorego, któremu, sposobem, podanym przez kol. Macheka, pokrył ubytek skóry po wrzodzie goleniowym płatkiem całkowicie okrojonym, trzymającym się tylko na tkance podskórnej, a przesuniętym pod mostkiem skóry, przytykającym do ubytku. Wynik przeszczepienia jest zupełnie pomyślny.

W dyskusyi zabierał głos kol. Machek, dziękując prelegentowi za wykonanie tej próby.

5. Kol. Skałkowski mówił: „O poronieniu i jego szczególniejszym przebiegu", przedstawiając ciekawsze dotyczące preparaty (Odczyt kol. Skałkowskiego będzie ogłoszony w całości).

Po nakreśleniu całego przebiegu poronienia, z uwzględnieniem danych embryologicznych, oraz zapatrywań na właściwe przyczyny, powodujące wydalenie jaja płodowego z macicy, przedstawił prelegent zasady, któremi się kieruje w leczeniu odpowiednich przypadków.

Nad odczytem kol. Skałkowskiego wywiązała się ożywiona dyskusya. Pierwszy zabrał głos kol. Bylicki:

Kol. Skałkowski w swoim wykładzie o poronieniu podnosi i sprawy do tego tematu, mojem zdaniem, nie należące, mianowicie, teorye odnoszące się do przyczyn rozpoczęcia się porodu w prawidłowym terminie. Ponieważ zaś napomknął o teoryi Hassego, a nie powiedział na czem ona polega, zatem pozwolę sobie tę część wykładu uzupełnić, gdyż obecnie ta teorya, jako ugruntowana na zmianach anatomicznych i na sprawach fizyologicznych, ma najwięcej zwolenników.

Przyczyną porodu jest osiągnięta dojrzałość płodu, albowiem w miarę jego dojrzewania, płodowe połączenia naczyniowe się zwężają, a mianowicie: żylny przewód Arantiusa, otwór międzyprzedsionkowy przez wzrastanie zastawki i przewód tętniczy Botalla. Przez zwężanie się przewodu Arantiusa, nie może już żyła pępowinowa, prowadząca tętniczą krew do płodu, opróżniać się w tak przeważnej ilości do głównej żyły dolnej (Vena cava inf.) jak to poprzednio czyniła, lecz pewna część krwi musi zboczyć i przez żyłę bramną (Vena portae) wykonać krążenie wątrobowe; przez wzrost zastawki międzyprzedsionkowej mniejsza ilość krwi dostaje się wprost z przedsionka prawego do lewego, a znaczna jej część, musi zboczyć do komórki prawej i ztąd do tętnicy płucnej; przez zwężenie zaś przewodu Botalla nie może krew z tętnicy płucnej w tak znacznej jak poprzednio ilości opróżniać się do aorty.

Z powyższych danych wnioskuje Hasse, że ku końcowi ciąży

aorta płodu i tętnice pępowinowe, doprowadzają łożysku krew znacznie obfitszą w kwas węglowy. Gdy zaś wiemy, że krew obfitująca w CO_2 a raczej uboga w tlen, działa pobudzająco na mięśnie gładkie, to w tej okoliczności należy upatrywać przyczynę porodu. Hasse podnosi przytem, że prócz braku tlenu mogą jako bodźce dla ośrodków nerwowych działać i inne produkta wstecznej przemiany materyi, których przybywa w miarę dojrzewania płodu tak, że ustrój matczyny nie jest w stanie ich się pozbyć.

Jeżeli w ten sposób wywołane kurcze macicy dokonają tylko odklejenia się dolnego odcinka jaja płodowego, to bóle już trwają dalej, jak tego uczą doświadczenia z wywołaniem przedwczesnego porodu.

Co do unerwienia macicy, to wiemy z badań Frankenhäusera, że zwój szyjny (ganglion cervicale) zawiera w sobie gałązki, pochodzące z ośrodków mózgordzeniowych i spółczulnych, a doświadczenia na zwierzętach dokonane wykazują, że skurcze macicy mogą wywołać tak drażnienia części mózgu, jak móżdżku, rdzenia przedłużonego i pacierzowego. Z drugiej strony wykazał Rein na sukach, że w macicy, odłączonej zupełnie od ośrodków nerwowych, następuje prawidłowa ciąża i poród, co dowodziłoby, że macica musi w swem utkaniu posiadać własne ośrodki ruchowe.

Wracając do tematu właściwego, muszę dodać, że nie jestem zwolennikiem zbyt czynnego postępowania wobec poronień i ograniczam się na tamowaniu krwotoku. Jajo płodowe zaś usuwam dopiero wówczas, gdy się to ręcznie daje uskutecznić. (Autoreferat).

Kol. prof. Rydygier wskazał na znaczenie, oraz przytoczył zapatrywania na poronienie kobiet starego testamentu i wogóle czasów starożytnych.

Kol. prof. Gluziński nadmienił, że między przyczynami usposabiającemi do poronień wspomniał kol. prelegent i o chorobach zakaźnych. Które z nich wywołują poronienia częściej, a które rzadziej, tego na pewne powiedzieć nie można. Doświadczenie jednak pouczyło mnie, że częściej przydarza się to przy zapaleniu płuc włóknikowem i durze osutkowym, niż n. p. przy durze brzusznym. Dalsze spostrzeżenie zrobiłem takie, że choroby zakaźne tem prędzej wywołują poronienie, im w późniejszym okresie ciąży one występują; przytem wysokość gorączki nie odgrywa tu głównej roli; owszem często mimo bardzo wysokiej ciepłoty poronienie nie występuje. Chore zakaźne znoszą zwykle poronienie dziwnie dobrze i nieczęsto tylko widywałem septyczne zakażenia.

Co do zdania kol. Skałkowskiego, że prawie wszędzie, gdzie przy poronieniu zastajemy gorączkę, mamy do czynienia z »abortus criminalis«, to muszę zwrócić uwagę, że widywałem przypadki, gdzie »abortus criminalis« był wykluczonym, żadnego źródła gorączki nie można było wykryć, a ostatecznie przyczyna znajdowała się pod postacią zapalenia łożyska (placentitis).

W dalszym ciągu przemawiali jeszcze koll. Festenburg (rozstrząsając sprawę, kiedy należy się spodziewać, że poronieniu można jeszcze zapobiedz), Sołowij, Bylicki, Obtułowicz, Hojnacki i prelegent.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VI. Zbrodniarze zwyrodniali a Sądy karne [1]).

Podał

Dr. W. Jasiński.

Sposobu, w jaki sądy ze zwyrodniałymi zbrodniarzami postępują, nie można nazwać odpowiednim, bo postępowanie to nie uwzględnia ani indywidualności zbrodniarzy, ani bezpieczeństwa publicznego. Sądy nie uwzględniają tych rzeczy dlatego, bo nie zapatrują się na zwyrodniałych zbrodniarzy z takiego stanowiska, z jakiego na nich zapatrywać się należy. Dzisiejsze sądy zapatrują się na czyny zbrodniarzy jeszcze ze stanowiska dawniejszej, a mianowicie średniowiecznej filozofii, która uczyła, że człowiek jest obdarzony wolą wolną.

Nowoczesna filozofia uczy jednak, że wola ludzka podlega tak samo, jak wszystko inne na świecie, prawu przyczynowości (dem Gesetze der Causalitaet). Człowiek może wprawdzie dowolnie wybierać pomiędzy motywami działającymi na jego wolę, ale ostateczny wynik tego wyboru zawisł od indywidualnej właściwości oddziaływania na motywa, czyli jednem słowem od charakteru. Ten zaś zawisł, jak wiadomo, głównie od dziedziczności, od jakości wychowania i od wpływu otoczenia. Ludzie charakteru prawego wybierają i uwzględniają, obok egoistycznych, także motywa etyczne i altruistyczne; ludzie zaś źli, a takimi są zbrodniarze zwyrodniali, kierują się tylko motywami egoistycznymi. Te działają tak silnie, że nawet tak potężny motyw przeciwny, jakim jest obawa przed zagrożoną karą, nie zdoła tu nic zmienić. Są zresztą zbrodniarze, a tyczy się to mianowicie rozbójników, którzy absolutnie nie są w stanie zastanawiać się nad tem, co czynią; lecz działają popędowo, a więc na sposób drapieżnych zwierząt.

Na zbrodniarzy należy tedy zapatrywać się nie ze stanowiska metafizyki scholastycznej, lecz ze stanowiska nauk pozytywnych, a mianowicie ze stanowiska socyologii, która uczy, że sprawiedliwość i bezpieczeństwo są najgłówniejszemi podstawami ustroju społecznego, i ze stanowiska antropologii kryminalnej, która rozbiera i bada indywidualność zbrodniarza klinicznie, t. j. według ścisłych metod nauk przyrodniczych.

Nie da się wprawdzie zaprzeczyć, że dzisiejsze postępowanie ze zbrodniarzami jest o wiele odpowiedniejszem, niż było w czasach dawniejszych. Dawniej bowiem używano tortury, a więc środka, który dziś nazywamy barbarzyńskim; ale za jakich sto lat postąpią ludzie w cywilizacyi znowu o tyle, że będą także dzisiejsze obchodzenie się ze zbrodniarzami nazywać barbarzyńskiem i to zupełnie słusznie. Bo czyż n. p. odcinanie głowy, albo duszenie stryczkiem nie jest barbarzyństwem, zwłaszcza, jeżeli uwzględnimy, że jednostki, z któremi tak postępujemy, działają, jak uczy antropologia kryminalna, najczęściej pod wpływem czynników, niezawisłych od ich woli.

Kara śmierci jest jeszcze i z tego powodu barbarzyństwem, bo sprowadza zanik uczuć szlachetniejszych, a ta pociąga za sobą rodzaj zdemoralizowania u osób, mających z tą rzeczą do czynienia.

Jest tedy faktem, że tegoczesne sądy nie postępują ze zbrodniarzami tak, jak potrzeba. Powodem tego jest teraźniejsza zasada ustawy karnej. Zasadą tą jest „karać“. Z tego, com powiedział wyżej, wynika, że zasada ta nie jest sprawiedliwą wobec zbrodniarzy zwyrodniałych. Bo jeżeli pewne indywiduum popełnia zbrodnię dlatego, że jest albo dziedzicznie obciążone, albo pozostaje pod wpływem złego wychowania i złego otoczenia, toć powiada zwykły rozum ludzki, że takiego indywiduum nie należy karać, lecz uczynić nieszkodliwem i głównie o to idzie społeczeństwu. Przypuśćmy jednak, że kara ma być właśnie środkiem do tego celu. W takim razie należy karać tak, ażeby ten cel osiągać. Dzisiejsze postępowanie ze zbrodniarzami najczęściej nietylko nie osiąga tego celu, ale nawet powiększa niebezpieczeństwo publiczne; bo sąd puszcza podsądnego na wolność, jeżeli przysięgli orzekną, że on jest niewinny. Na następstwa tego kroku nie oglądają się sądy, i nie mogą się oglądać, chociaż wiedzą z doświadczenia, że następstwa te są dla społeczeństwa fatalne, jeżeli indywiduum puszczone na wolność, jest zwyrodniałe. W takim razie popełnia to indywiduum zwykle nowe zbrodnie, i popełnia ich nieraz cały szereg, zanim się znowu dostanie w ręce Sądu.

Jeszcze więcej cierpi bezpieczeństwo publiczne wtedy, jeżeli przysięgli orzekną, że podsądny jest winny, a skutkiem tego zostanie on zamknięty na kilka lat w więzieniu. Więzienia bowiem są, jak uczy doświadczenie, prawdziwemi wszechnicami dla zbrodniarzy. Zbrodniarz dostawszy się na taką wszechnicę, żyje tam pośród innych zbrodniarzy i obcuje z nimi ustawicznie. Skutkiem tego wyrabia się on na artystę w swoim zawodzie. Jako taki artysta jest on dla społeczeństwa jeszcze niebezpieczniejszym, niż był przedtem. Pomimo to, po ukończeniu kary, wypuszczają go na wol-

[1]) Rzecz wygłoszona 11-go lutego r. b. na naukowem posiedzeniu lekarzy lwowskich.

ność, t. j. wtrącają napowrót w społeczeństwo. Do takich następstw prowadzi teraźniejsza zasada sądów karnych. W przyszłości, gdy sądy te będą się kierować zasadą praktyczną, t. j. względami na bezpieczeństwo publiczne, będą one niebezpiecznych zbrodniarzy nietylko nie wypuszczać na wolność, ale zaprowadzą nawet tak zwane prewentywne postępowanie t. j. jeżeli sąd otrzyma doniesienie, że pewne indywiduum jest z natury złem, gwałtownem i leniwem, że jest oprócz tego skłonnem do nadużywania napojów wyskokowych i lubi obcować tylko z ludźmi złymi, jeżeli następnie badanie tego indywiduum wykaże, że takowe jest zwyrodniałem, natenczas będzie sąd obowiązany uczynić indywiduum to zawczasu nieszkodliwem, t. j. odosobnić je od społeczeństwa.

Wspomnianą zwyrodniałość będą sędziowie poznawać według nauki antropologii kryminalnej, a ztąd wynika, że przedmiot ten będzie musiał być obowiązkowym na wydziałach prawniczych. Antropologia kryminalna jest dla prawników jeszcze i z tego względu pożyteczną, że uczy myśleć ściśle i rozumować krytycznie. Sędzia zaś musi umieć rozumować krytycznie, bo inaczej wyroki jego będą czynić zadość tylko formalności prawa, nie zaś idei sprawiedliwości.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Jeszcze w sprawie Sekcyi prasowej na zjeździe poznańskim.

Chociaż w sprawie utworzenia Sekcyi prasowej na Zjeździe poznańskim dotąd ani Poznań, ani Warszawa głosu nie zabrały, to jednak pojawienie się uwag Dra Biernackiego i Dra Janowskiego (w marcowych zeszytach „Nowin lekarskich“ i „Krytyki“) o naszym ruchu wydawniczym, zdaje się przemawiać na korzyść podjętej myśli. Obie te rozprawy, aczkolwiek jedna opiera się głównie na stosunkach, istniejących w Warszawie, a druga odnosi się głównie tylko do jednej strony naszego piśmiennictwa, poruszają jednak tyle zagadnień ogólniejszego znaczenia, że powinnyby wywołać wymianę zdań. Zdaje mi się zaś, że najłatwiej i najprędzej powiodłoby się rozwiązać nasuwające się pytania zapomocą ustnego porozumienia.

Dlatego też, nie zabierając na teraz miejsca w „Przeglądzie“rozbiorem uwag kolegów Dra Biernackiego i Dra Janowskiego, chciałbym natomiast zwrócić uwagę na jeszcze jedną sprawę, którą poprzednio pominąłem, a którą Sekcya prasowa zdołałaby może wprowadzić na dobre tory. W roku ubiegłym poruszyliśmy w Krakowie myśl zaopatrywania w sprawozdania z polskiego piśmiennictwa lekarskiego wszystkich tych zagranicznych czasopism, w których dział sprawozdawczy stoi na pierwszem miejscu, a których nawet po kilka znaleźć można w każdym odrębnym dziale nauk lekarskich (pod nazwą zwykle „Centralblattów“). Dotychczas, dzięki zabiegliwości swego przewodniczącego, zaopatrywała w takie streszczenia „Roczniki Virchow-Hirscha“ odrębna komisya krakowskiego Towarz. lekar.; po za tem niektóre tylko z czasopism zagranicznych mają stałych swoich polskich sprawozdawców, większa zaś ich część pomija milczeniem nasza naukową działalność. Zdaje mi się, że nie potrzeba wykazywać pożytku, jakibyśmy ze zmiany tych stosunków odnieść mogli, ani dowodzić, że zmiana ta od nas tylko zależy. Jednakże zdaje się, że stworzenie jednolitego i powszechnego ruchu sprawozdawczego z naszego piśmiennictwa, dla wszystkich ważniejszych wydawnictw zagranicznych, nie jest w Krakowie wykonalne, naprzód dlatego, że brak nam dostatecznej liczby pracowników, a powtóre, ponieważ z działającymi sprawozdawcami stałymi, zamieszkałymi poza Galicyą, należałoby się koniecznie porozumieć i stwierdzić, kto i gdzie już pisze sprawozdania. Zdaje mi się, że całą tę sprawę mogłaby szybko i dobrze załatwić Sekcya prasowa, zapewniając zarazem przyszłym sprawozdawcom regularny dopływ materyału ze strony naszych wydawnictw (stałe przesyłanie odbitek prac z pewnego działu).

Przy sposobności chciałbym jeszcze wspomnieć o innej sprawie, mogącej obchodzić nasze piśmiennictwo, choć nie mogłaby ona już zaprzątać Sekcyi prasowej, a należy tylko do prywatnego niejako zakresu naszych czasopism. Znaną jest powszechnie jedyna może w swoim rodzaju bibliografia lekarska, wydawana od r. 1880 w Waszyngtonie pod tyt.: „Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's office United States Army“. Nie wszystkim może jednak wiadomo, że po ukończeniu pierwszego cyklu, obecnie wychodzi druga serya, dotychczas doprowadzona do litery B. W pierwszej seryi było piśmiennictwo nasze stosunkowo bardzo dobrze uwzględnione; wydawcy rozporządzali większością naszych czasopism (z dawniejszych nie znajdują się w spisie: „Klinika“, Tygodnik lekarski“, i „Rocznik Wydziału lek. krak.“); z nowszych czasopism (oprócz oczywiście najmłodszych: „Przeglądu dentystycznego“ i „Krytyki“) niema w spisie głównym, ani w spisach uzupełniających, siedmiu z pomiędzy 18, wyliczonych przez kol. Dra Janowskiego (brakuje mianowicie „Przeglądu chirurgicznego“, „weterynarskiego i „farmaceutycznego, „Nowin lekarskich“, „Rocznika Tow. ginek. krak.“ i „Wydawnictwa dzieł lek.“, oraz „Odczytów klin.“); zdaje się zaś, że i w przytoczonych w spisie czasopismach znaczne muszą być luki, ponieważ n. p. pod nazwiskiem Biernacki przytoczono tylko jedną niemiecką pracę Dra E. Biernackiego z r. 1896; pod nazwiskiem Brunner, również tylko jedną niemiecką pracę Dra Wład. Brunnera z r. 1889 i t. p.; a wielu polskich nazwisk brakuje zupełnie, jeżeli autorowie nie wydali swych prac także po niemiecku, po francusku lub po angielsku. Niewiem, w jaki sposób wydawcy amerykańscy rozporządzali dawniej naszem piśmiennictwem; przypuszczam, że działo się to z naszym udziałem. Byłoby wielką szkodą, gdyby nasze piśmiennictwo miało nadal zniknąć z „Index-Catalogue“, dlatego pragnąłbym zwrócić na tę sprawę uwagę tych, którym znane były dawniejsze nasze stosunki z wydawcami bibliografii, aby stosunki te nanowo można przywrócić.

Paryż w Marcu 1898 r.

Ciechanowski.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 7 Kwietnia.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu:

Mocą uchwały Komitetu przygotowującego VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu w dniach 12, 13 i 14 lipca roku bieżącego, urządzoną będzie podczas Zjazdu Wystawa przyrodniczo-lekarska. Wystawa będzie miała następujące oddziały:

I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu.

II. Higiena: 1) Ogrzewanie. 2) Oświetlenie. 3) Wentylacya. 4) Wodociągi i kanalizacya. 5) Łazienki. 6) Desinfekcya. 7) Gimnastyka lecznicza itd. 8) Odzienie.

III. Nauka lekarska: 1) Anatomia. 2) Fizyologia. 3) Psycho-fizyologia. 4) Patologia: a) ogólna, b) szczegółowa. 5) Środki farmaceutyczne. 6) Seroterapia i serodyagnostyka, organoterapia. 7) Narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka etc.). 8) Elektroterapia i elektrodyagnoza (Roentgen).

IV. Środki spożywcze i odżywcze: 1) Przetwory mięsne. 2) Przetwory mleczne. 3) Przetwory mączne. 4) Konserwy. 5) Napoje alkoholiczne. 6) Napoje bez alkoholu.

V. Balneologia: 1) Wody mineralne. 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe.

VI. Bakteryologia: 1) Lekarska. 2) Rolniczo-przemysłowa.

VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika. 2) Zoologia i paleontologia. 3) Mineralogia i geologia. 4) Fizyka. 5) Chemia.

VIII. Antropologia i etnografia.

Uprasza się wobec tego wszystkich interesowanych, ażeby jak najliczniej i najobficiej wystawę obesłać raczyli. a tem samem przyczynili się do uświetnienia dzieła pożytecznego dla nauki i społeczeństwa.

Zgłoszenia osobiste lub piśmienne uprasza się przesłać, najpóźniej do 1 czerwca roku bieżącego, na ręce p. Dr. Drobnika, Poznań, św. Marcin Nr. 79.

Na życzenie wysyła się drukowane warunki i przepisy dla wystawców.

Komitet wystawowy odbywa obecnie co tydzień regularne posiedzenia. Zgłaszający się mogą więc liczyć z pewnością na rychłą odpowiedź.

W imieniu Sekcyi wystawowej:

Dr. Tomasz Drobnik. Witold Zakrzewski, inżynier.

* Do dnia dzisiejszego zapowiedziano następujące odczyty na Zjeździe poznańskim:

1) Prof. Kostanecki z Krakowa: »O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii«. 2) Natanson z Krakowa (temat zastrzeżony). 3) Prof. Rydygier ze Lwowa: »O leczeniu przerostu gruczołu krokowego (hypertrophia prostatae)«. »Wskazanie do uretrotomii wewnętrznej i zewnętrznej«. »O nowotworach pęcherza z demonstracyą«. »Jeszcze kilka słów o tak zw. *coxa vera*«. 4) Dr. Sędziak z Warszawy: »Uwagi w kwestyi operacyjnego leczenia raków krtani«. 5) Dr. Fabian z Warszawy: »Chemia i medycyna, ich stosunek wzajemny w obecnej dobie«. 6) Dr. Wróblewski z Krakowa (3 tematy zastrzeżone). 7) Dr. Arnstein z Kutna Ciechocinka: »O wpływie zmiany miejscowości na przebieg krztuśca i o znaczeniu leczniczym tego środka«. »60 przypadków rwy kulszowej (ischias) leczonych w Ciechocinku«. 8) Dr. Jaruntowski z Poznania: »Pogląd na obecny stan zwalczania gruźlicy płuc«. 9) Dr. Ołtuszewski z Warszawy. »Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii«. 10) Dr. Białobrzeski z Warszawy: »O heminie i hematynie«, »O desinfekcyjnych własnościach formaliny«. 11) Dr. Zaremba z Wrocławia: »Stanowisko umysłowo chorych w wiekach średnich«. 12) Dr. Oświecimski z Katowic; a) »O działania »stypticyny«. b) »O terapii *endometritis chronica*«. 13) Prof. Bujwid z Krakowa: »O stosowaniu tuberkuliny u bydła w celu usunięcia gruźlicy. 14) Józef Ziemba z Władykaukazu: a) »Płody kopalne Kaukazu«. b) Wprowadzenie do średnich zakładów naukowych zasad geologii«. 15) Dr. M. Raciborski z Kagok-Tegal (Jawa): »Roślinność kraterów wulkanów jawańskich«. 16) Dr. Seyda z Wrocławia: »O środkach zastępujących u niemowląt pokarm macierzyński«. 2) »Pogląd na stan obecny oceny, czy woda zdatna do picia lub do celów użytkowych«.

* „Wiener Ztg.“ donosi: Cesarz mianował docenta Dra Władysława Reissa profesorem nadzwyczajnym chorób skórnych w Uniw. Jagiellońskim.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę lwowskiego Wydziału lekarskiego i nadał Drowi Romanowi Barączowi stanowisko docenta chirurgii w Uniwersytecie lwowskim.

* Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitalnych, w dniu 1-go kwietnia b. r. odbytem,

1) Dr. Żydłowicz przedstawił:

a) chorego na zgorzel skóry prącia;

b) na zapalenie kiłowe stawu biodrowego;

c) chorego z „endarteriitis obliterans syphilitica“.

2) Dr. Sędzimir przedstawił i objaśnił nowy własnego pomysłu sterylizator, do wyjaławiania drobnych przyborów opatrunkowych.

3) Dr. Dziewoński przedstawił chorą po resekcyi nerwu piszczelowego, wykonanej z powodu mięsaka tego nerwu.

4) Dr. Dika przedstawił wyniki leczenia wrzodów podudzia opatrunkami żelatynowoklejowymi i objaśnił sposób zakładania tych opasek.

* C. k. Zakład do badania środków spożywczych, otwarty w Krakowie na mocy rozporządzenia c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych dnia 1-go grudnia r. z., wykonał do końca lutego 59 rozbiorów rozmaitych produktów. Najwięcej dokonano prób wody, mianowicie 16 badań chemicznych i 6 bakteryologicznych. Przeważnie znaleziono wodę złą, do użytku niezdatną (najwięcej tych badań podjęto dla starostw, w celu udzielenia zezwolenia na otwarcie fabryki wody sodowej) Badań herbaty wykonano 11, z tych w 4-ch znaleziono zafałszowanie. Na 10 prób wina, 6 było zafałszowanych. Badano również wódkę, kawę, czekoladę, mąkę, chleb, otręby, cukier, szynkę, lód.

Najwięcej prób wykonano na żądanie władz (sądy, starostwa), w celu wykrycia zafałszowań, lub wydania orzeczeń na uzyskanie prawa wyrobu. Niemniej miały miejsce badania i dla osób prywatnych, w celu wypróbowania wartości produktów.

Dla dokładnego obznajomienia się ze sposobami badania wina, na wniosek Dyrektora Zakładu, zezwolił minister spraw wewnętrznych asystentowi zakładu, p. J. Buraczewskiemu, na przeprowadzenie studyów w Kloster-Neuburgu (Stacya doświadczalna badania wina).

* Dzienniki donoszą, że władza zatwierdziła ustawę mającego się zawiązać w Warszawie Towarzystwa higienicznego.

* Kierownictwo zakładu wodoleczniczego „Goplana“ w Ojcowie obejmuje od 15 kwietnia Dr. Stanisław Niedzielski.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich na Uniwer. Jagiell. otrzymali: Stanisław Maszewski, Adolf Perlmutter, Jan Markiewicz, Mieczysław Sołtysik i Hipolit Trembecki. Stopień doktora medycyny w Uniw. warszawskim otrzymał Zdzisław Dmochowski, po obronieniu publicznem rozprawy: „Przyczynek do etyologii i anatomii patologicznej spraw zapalnych w jamie Highmora“.

Mianowani: Dr. Mieczysław Sołtysik — sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie. Dr. Rudolf Gottlieb — profesorem farmakologii w Hejdelbergu po zmarłym prof. Schröderze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Leopold Sawicki, lat 70, w Warszawie. Dr. Stricker, profesor patologii ogólnej, w Wiedniu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Zdrowiu* Nr. 151: Artykuł wstępny. Dra Bartoszewicza St.: Zarys organizacyi medycyny ziemskiej w Rosyi. Dra Buszka J.: Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za r. 1896 (c. d.). Dra Polaka J.: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 14: Dra Janowskiego Wł.: Przypadek pierwotnego dwustronnego ropnego zapalenia nadnercza. Dra Heimana T.: O utracie słuchu postępującej (c. d.). W *Medycynie* Nr. 14: Dra Wrześniowskiego Wł.: Przypadek rany postrzałowej macicy ciężarnej i płodu. Cięcie cesarskie. Wyzdrowienie. Dra Goldenberga A.: Stosunek między stanem krtani a gwizdaniem. W *Nowinach lekarskich* Nr. 4: Dra Zakrzewskiego Fr.: O przewlekłem zaparciu stolca. Dr. Szumana St.; Przyczynek do etyologii ostrego rozszerzenia serca. Dra Krokiewicza A.: Zanik mięśni w przebiegu ostrego gośćcowego zapalenia stawu barkowego. Wyleczenie.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Sterling S.: Ueber die Elsner'sche Metode des Nachweises der Typhusbacillen. 1898.

— Dr. Kahane M.: Ueber Erkrakungen des Nervensystems bei Gonorrhoe. Lipsk, 1898.

— Dr. Piątkowski M.: Ueber die therapeutische Wirkung des Kalkes und insbesondere der Hauptquelle des Krynicaer Wassers auf den Verlauf der chronischen Magenkrankheiten. Wiedeń, 1898.

— Dr. Drzewiecki Józef: Mięso czy pokarmy roślinne? Warszawa, 1898.

— Odczyty kliniczne (Nr. 109, 110, 111): Choroba Potta przez M. Denuce'go. Warszawa. 1898.

— Prof. Dr. Finger: Ueber das Protargol als Antigonorrhoicum. Wiedeń, 1898.

— Prof. Penzold i prof. Stintzing: Handbuch der Therapie innerer Krankheiten. (Zeszyt IX-ty i X-ty. Nakładca Gustaw Fischer. Jena, 1898).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 16 Kwietnia 1898. Nr. 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Róg skórny powieki.

Napisał
Dr. Teodor Ballaban,
okulista we Lwowie.

Jakkolwiek liczba ogłoszonych dotychczas przypadków rogu skórnego na powiekach jest względnie dość znaczna [1]), to przecież cierpienie to częstem nie jest; można się łatwo przekonać z ostatniej pracy Aschenbacha [2]), że nawet w bardzo uczęszczanych klinikach całe lata mijają, zanim się jeden przypadek wydarzy. Z tego też względu zdaje mi się, że opisanie dwóch przypadków, które miałem sposobność niedawno spostrzegać, może wzbudzić pewne zajęcie, tem bardziej, że przypadki te mogą dać pewne wskazówki, co do sposobu powstawania rogów skórnych, zwłaszcza, że w tej sprawie zdania są zawsze jeszcze sprzeczne.

Przypadek 1. W dniu 7. maja 1896 r. zgłosiła się do mnie 46-letnia kobieta z nowotworem na skórze dolnej powieki oka prawego. Nowotwór ten miał powstać przed trzema miesiącami, początkowo jako mała, jasno-brunatna, bezbolesna, szybko się powiększająca wyniosłość.

Przy badaniu znalazłem na dolnej powiece prawego oka stożkowaty, bardzo twardy, przeszło $1^3/_4$ ctm. długi, guz (Rys. 1), o własnościach rogu, w $^3/_4$ częściach końcowych barwy brunatno-zielonej, u podstawy zaś więcej brunatno-czerwony. Począwszy od owalnej podstawy, wynoszącej w najszerszym przekroju 1 ctm., nowotwór ten zwężał się coraz bardziej ku górze, był ze skórą powieki silnie zrośnięty, a zarazem ostro i dokładnie na niej ograniczony. — Wskutek ciężkości zwieszał się ten guz w dół na policzek, przez co i skóra powieki była lekko naciągnięta. Granica górna nowotworu była nieco zamazana; natomiast obwód w części dolnej tworzył ze skórą kąt ostry. Jeżeli na podłożonym palcu podniosło się tę narośl ku górze tak, że ona stawała się do powierzchni skóry prostopadłą, to skóra powieki wracała do prawidłowego ułożenia; jeżeli się zaś palec oddaliło, to guz ten znowu zwieszał się na dół, pociągając za sobą dolny brzeg powieki w dół i na zewnątrz, przez co powstawało pewnego rodzaju mechaniczne odwinięcie powieki na zewnątrz (ectropium). Dotykanie powierzchni nowotworu, a nawet dość głębokie jego ukłócie szpilką, nie sprawiało chorej przykrości; dopiero silny ucisk i bardzo głębokie ukłócie były nieco bolesne. Przy dalszem badaniu znalazłem obok tego opisanego guza jeszcze dwa inne, małe, o których istnieniu chora dopiero bardzo niedawno się przekonała. Nie może też ona dokładnie podać czasu, w którym te guzy powstały; wie tylko tyle, że większy istnieje około 6-ciu tygodni i że ona go już dwukrotnie paznogciem zdzierała; zaś mniejszy prawdopodobnie powstał dopiero przed kilku dniami. Większa z obu tych narośli dochodziła 4 mm. długości, była umiejscowioną w skórze powieki, około 1 ctm. na zewnątrz od wielkiego rogu, a 1 mm. od dolnej krawędzi powieki; mniejsza zaś, 2 mm. wysoka, znajdowała się w środku między obydwoma opisanymi rogami. Obydwa te małe nowotwory, pokryte kosmkami (zottig), podobne były do szyszkowin kończystych (condyloma acuminatum), o barwie brudno-białawej, a zakończenie ich miało zbitość rogu.



Rys. 1.

Po dokładnem oczyszczeniu pola operacyjnego $^1/_{50}$% roztworem sublimatu i wstrzyknięciu kokainy w podstawę, wyciąłem wszystkie te trzy nowotwory w ten sposób, że okroiłem je wokoło i oddzieliłem od podskórnej tkanki łącznej. Krwawienie małe, szew jedwabny, opatrunek. Po 3-ch dniach wyjąłem szwy, zgojenie się przez rychłozrost.

Celem badania drobnowidowego włożyłem te nowotwory do 10% roztworu formaliny. Po należytem stwardnieniu umocniłem je w celoidynie. Przecięcia robiłem mikrotomem w kierunku prostopadłym do podstawy nowotworów. Barwiłem częścią hematoksyliną i eozyną, częścią zaś metodą Giesona.

Dla lepszej przejrzystości opisu pozwolę sobie oznaczyć, najmniejszy nowotwór I, średni II, zaś największy III.

I. Brodawkowate wzniesienie powstało prawie wyłącznie z wybujałego pokładu brodawek skórnych (stratum papillare); różni się ono od zupełnie prawidłowego pokładu tylko nieco większą obfitością komórek tkanki łącznej. Odpowiednio do tego wgłębia się naskórek w kształcie licznych czopów w tkankę skórną, a powierzchnia jego jest wygładzoną, nieco grubszą, warstwą rogową. W najbardziej środkowych częściach tego małego nowotworu rzecz ma się zupełnie inaczej. Widzimy tutaj skórę wybujałą w kształcie brodawek kończastych, które długością dochodzą $^1/_4$ mm., a tkanka ich jest przepełniona bardzo licznemi komórkami proliferacyjnemi (komórki okrągłe o jednem jądrze), które są pokryte tak grubym naskórkiem, że zagłębienia pomiędzy brodawkowatemi wzniesieniami nie są wyrównane. Naskórek ma bardzo wązkie *stratum lucidum* i bardzo grubą pokrywę rogową, której powierzchowne części łuszczą się. Uderzająca jest przy tem

[1]) Patrz zebraną literaturę tego przedmiotu przez Dra S. Mitwalskyego: Ein Beitrag zur Kenntniss der Hauthörner der Augenadnexa. Archiv für Dermathologie und Syphilis, 1894.

[2]) Dr. C. Aschenbach: Ein Beitrag zu den Hauthörnern der Augenlider. Centralblatt für Augenheilkunde 1895 p. 289.

ta okoliczność, że przy wszystkich torebkach włosowych i przy komórkach naskórka w ogólności, znajdują się szczególnie liczne ziarenka keratynowe i że zrogowaciałe komórki naskórka sięgają bardzo głęboko wzdłuż torebek włosowych. Gruczoły skóry są prawidłowe.

II. Nowotwór średni różni się od opisanego powyżej obrazu tylko o tyle, że wypustki brodawkowate są więcej aniżeli dwa razy wyższe i że zgrubienie warstwy rogowej naskórka jest jeszcze o wiele znaczniejszem tak, że zagłębienia pomiędzy brodawkami zupełnie się wyrównują. (Rysunek 2).



Rys. 2.
Średni róg skórny (Przyp. I, II.). Przekrój podłużny, barwienie hematoksyliną eozyną, około 12-krotne powiększenie lupą.
Przy. Przykrywa przybłonkowa (Epitheldecke). *Zrog. przyb.* Zrogowaciały przybłonek. *Br.* — Brodawki *Na* — Naczynia (przekrój poprzeczny). *Gr.* — Gruczoły tłuszczowe (prawidłowe). *Gr. p.* — Gruczoły potne.

Obydwa te nowotwory musimy ze względu na ich budowę histologiczną zaliczyć do brodawczaków, kształtem podobnych do kłykcin kończystych, a mających nadzwyczajną skłonność do zrogowacenia naskórka.

III. Największy z 3-ch guzów, zupełnie rozwinięty róg skórny, różni się od powyżej podanego obrazu bardzo znaczną ilością zrogowaciałego naskórka, który wypełnia większą część całego nowotworu, jako też zmianami wstecznemi brodawek skórnych. Począwszy od podstawy aż do jego szczytu idą bardzo wydłużone brodawki skóry, z których tylko nieliczne zawierają w sobie prawidłową, lecz bogatszą w jądra, tkankę skórną, obok prawidłowych naczyń; natomiast prawie wszystkie okazują w końcowych swych częściach zmiany zwyrodnienia wysokiego stopnia. Naczynia są przepełnione leukocytami, lub też zatkane zakrzepem; komórki wypełnione ziarnkami keratynowemi, a bardzo wiele brodawek utraciło zupełnie swe kształty i są utworzone z jednolitej masy, podobnej do zwyrodnienia szklistego (hyalinea degeneratio), w której znajdują są nader liczne ziarnka keratyny. Główna masa, jak to powyżej już wspomniałem, składa się ze zrogowaciałych komórek naskórka, częstokroć zmienionych na warstwowo ułożone walcowate utwory, które prawdopodobnie za życia były wypełnione przestworkami powietrznymi. (Rys. 3). Rzeczą godną uwagi i bardzo ważną dla zrozumienia sprawy rośnięcia rogów skórnych jest ta okoliczność, że na obwodzie rogu spostrzegamy bardzo silnie wydłużone brodawki, które zdaje się świeżo powstały (Rys. 3 Br.). W miejscu tem jest podstawa tkanki łącznej bardzo dobrze utrzymana, naczynia prawidłowe, a w ich okolicy widać tylko nieco liczniejsze komórki proliferacyjne. Warstwa przybłonka jest względnie cienka, zrogowacenie niezbyt daleko posunięte, przez co też te brodawki są tylko lekko do reszty głównej masy rogu przymocowane.

Przypadek 2-gi. Dnia 1 września 1897 r. zgłosiła się do mnie 50 letnia panna, podając, że zauważyła na dolnej powiece od kilku miesięcy rosnący maleńki guzek, który już



Rys. 3.
Największy róg skórny (przyp. I. III). Przekrój podłużny, barwienie hematoks. eozyną.
Br. Brodawki w podłużnym i poprzecznym przekroju. *Reichert Object. 2. Ocular I.*

kilkakrotnie zdrapywała, a który mimo tego zawsze odrastał. Znalazłem około 8 mm. długą, z góry ku dołowi nieco spłaszczoną, stożkowatą narośl, usadowioną na wewnętrznej połowie dolnej powieki, blizko wolnej jej krawędzi, o barwie brunatnej, powierzchni łuskowatej i twardości rogu. Skóra w okolicy lekko zaczerwieniona. Po wycięciu włożyłem tę narośl do 10% roczczynu formaliny, a po zatopieniu w celoidynie, pokrajałem mikrotomem całą narośl w kierunku podłużnym, robiąc skrawki prostopadłe do pierwotnego jej położenia na powiece. Barwiłem jak poprzednio.

Widzimy, że w tym przypadku róg skórny (Rysunek 4) składa się w przeważnej swej części ze zrogowacia-



Rys 4.
(Przypadek 2-gi). Przekrój podłużny, odpowiadający powierzchni strzałkowej (Sagittalebene) rogu skórnego.

łego naskórka, w którym jednak prawie aż do wierzchołka narośli znajdują się dobrze utrzymane brodawki, a tylko końce ich są w stanie martwicy (nekrozy) szklistej, lub też w stanie wyschnięcia; zaś $^3/_4$ części tych, które znajdowały się bliżej podstawy, są zupełnie prawidłowe, a posiadają jedynie li tylko nieco liczniejsze jądra. Przy samej podstawie narośli widzimy (Rysunek 4 Br.) w bardzo zgrubiałej warstwie naskórka liczne młode brodawki, skóra jest nieco obfitszą w komórki i posiada liczne i szerokie naczynia; gruczoły skóry są prawidłowe.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z prosektoryum sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Kilka luźnych spostrzeżeń

podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,

docent anatomii patologicznej i asystent Uniw. Jagiell.

I. Dwa rzadsze przypadki ran kłotych.

1. Przecięcie tętnicy sutkowej wewnętrznej prawej (a. mammaria interna) i rana kłóta prawej komory serca, zadane nożem. Niejaki M..., zastawszy Serg... w towarzystwie swej żony, zadał mu, w przystępie zazdrości, cios dużym nożem kieszonkowym, utrzymując potem w śledztwie, że nie dokonał zamachu niespodziewanie, lecz że stojąc naprzeciwko ofiary, uderzył narzędziem, trzymanem w ręce prawej, w pełnej garści, prosto w pierś przeciwnika; ostrze miało wystawać między kciukiem a wskazicielem, koniec trzonka miał spoczywać w okolicy małego palca, a dłoń miała być w chwili ciosu zwróconą ku górze, staw łokciowy zgięty. Serg... przewieziono do szpitala Tenon, gdzie, mimo odpowiednich zabiegów, zmarł w 8 godzin od chwili czynu.

Wynik sekcyi, którą wykonałem 9. XII. 1897 roku wspólnie z Dr. Socquetem, znawcą sądowym departamentu Sekwany, był w streszczeniu następujący:

Zupełnie obnażone zwłoki młodego, wybornie zbudowanego i odżywionego mężczyzny. Nieliczne i niewielkie plamy pośmiertne na grzbiecie, pośladkach i tylnej powierzchni ud; powłoki brzuszne zielonkawo zabarwione, zresztą skóra blada. Tężca pośmiertnego niema.

Na tylnej powierzchni ramienia prawego, tuż powyżej łokcia znajduje się w tkance podskórnej podbiegnięcie krwawe, okrągławe, około 5 ctm. średnicy mierzące Na zewnętrznej powierzchni ramienia, w $^1/_3$ dolnej części, skóra na przestrzeni półcenta pergaminowato zaschnięta; między tkanką podskórną a mięśniami znajduje się w tem miejscu tejsamej wielkości wybroczyna. W przegubie łokciowym lewym rana prostolinijna, 2 ctm. długa, o brzegach ostro ciętych; w dnie tej rany leży oddzielona od otoczenia, nacięta podłużnie i z obu stron nacięcia podwiązana żyła; jest to ślad po wlewaniu fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, dokonanem w szpitalu.

Oprócz tych zmian i rany na klatce piersiowej, którą zaraz opiszę, nie dostrzega się zewnętrznie innych rzeczy, godnych uwagi.

Na prawej połowie przedniej powierzchni klatki piersiowej, znajduje się rana prostolinijna, zamknięta szeregiem węzełkowych szwów jedwabnych, biegnąca skośnie od góry i wewnątrz, na dół i ku zewnątrz. Górny koniec rany skórnej przypada w linii przymostkowej prawej, 12 ctm. niżej górnej krawędzi mostka, dolny koniec rany leży w linii sutkowej prawej, 5 ctm. niżej sutka. Długość rany skórnej 13 ctm. Brzegi rany, po rozcięciu szwów, ostro cięte; mięśnie przecięte w tymsamym kierunku na długości 10 ctm. Głębiej stwierdza się, że chrząstki żebrowe 4 i 5 przecięte są skośnie tak, że płaszczyzna przekroju biegnie od przodu zewnątrz ku tyłowi wewnątrz. Pomiędzy obu chrząstkami przecięła tętnica sutkowa wewnętrzna prawa. Końce przeciętej tętnicy zamknięte podwiązką katgutową. W prawej jamie opłucnowej litr krwi, zmięszanej z ciemnymi, soczystymi skrzepami; płuco prawe pomniejszone, usunięte przez nagromadzoną w jamie opłucnowej krew, ku kręgosłupowi. Na opłucnej, w miejscu odpowiadającem mniej więcej ranie zewnętrznej, wybroczyna wielkości centa; zresztą ani płuco, ani opłucna pokrywająca płuco, nie skaleczone; miąższ płuca prawego blady, zresztą zmian nie przedstawia. W prawej połowie worka osierdziowego, odpowiednio do rany zewnętrznej, rana prostolinijna, o ostrych brzegach, długa 2 ctm. W worku osierdziowym 50 ctm. sześciennych krwi płynnej i mały skrzep pośmiertny. W zewnętrznej ścianie prawej komórki, na 3 ctm. poniżej gałęzi poziomej tętnicy wieńcowej, prawie równolegle do tętnicy biegnąca, na 1 ctm. długa, rana, która drąży lejkowato od zewnątrz ku wewnątrz i kończy się pomiędzy beleczkami komórki prawej szczeliną, długą 7 mm. Serce prawie zupełnie próżne; zresztą innych obrażeń, ani zmian nie okazuje. Reszta narządów klatki piersiowej i jamy brzusznej, jakoteż mózg i opony blade i nie przedstawiają żadnych nieprawidłowości.

Aczkolwiek rany kłóte serca są zjawiskiem stosunkowo bardzo pospolitem, to jednak znacznie rzadziej zdarza się, aby rany takie, zadane w prawą połowę klatki piersiowej, dosięgały serca, a równoczesne zranienie serca i tętnicy sutkowej wewnętrznej bronią białą jest jeszcze rzadsze. W znanem i klasycznem zestawieniu Fischera[1]), obejmującem 452 przypadków ran serca, ogłoszonych w ciągu całego prawie stulecia, piąta tylko część ran kłótych zadaną była przez prawą połowę klatki piersiowej, a równoczesne zranienie prawej połowy serca i tętnicy sutkowej wewnętrznej zapisuje Fischer tylko dwa razy. Wśród 124 spostrzeżeń ran klatki piersiowej, z tego 62 kłótych, zebranych później przez Welatona[2]), ani jedna nie trafiała serca, pomimo, że dwa razy przecięta była prawa tętnica sutkowa wewnętrzna. W ostatnich czasach Richter[3]), opisując 29 przypadków ran kłótych serca, spostrzeganych w ciągu lat dwudziestu w wiedeńskim zakładzie sądowolekarskim, przytacza tylko dwa przypadki ran serca, zadanych przez prawą połowę klatki piersiowej; tylko w jednym z nich była ściana serca na wskróś przebitą; w drugim ściana serca była tylko powierzchownie skaleczona, natomiast tętnica wieńcowa zupełnie była przecięta. W pierwszym przypadku istniało zresztą kilka innych ran kłótych, dosięgających serca od lewej strony mostka. Na tę wielokrotność ran zwraca uwagę Hofmann[4]), jako na okoliczność, mogącą w razach wąt-

*) Wyrażenie polskie „luźne“, zamiast „kazuistyczne“ spostrzeżenia, zdaje mi się równie dobrze rzecz określać. Przyp. aut.

[1]) Langenbeck's Archiv Tom 9. 1867/8 i strona 571.
[2]) Thése doctoral, Paryż 1880.
[3]) Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin. 1896, str. 16.
[4]) Lehrb. d. ger. Med. VIII. Aufl. 1898, str. 383.

pliwych ułatwić odpowiedź na pytanie, morderstwo, czy samobójstwo. Jak się bowiem okazuje ze spostrzeżeń, przytoczonych przez Hofmanna, rany serca bardzo rzadko posiadają cechy, na podstawie których możnaby napewno orzec, że działała ręka cudza. Pod tym względem przypadek nasz stanowi poniekąd wyjątek; w razie wątpliwym kierunek kanału rany pozwoliłby tu prawie napewno zaprzeczyć przypuszczeniu samobójstwa, ponieważ samobójca nie mógłby sobie w ten sposób ciosu zadać ani prawą, ani lewą ręką. Z drugiej strony w danym przypadku na pytanie sądu można było również na zasadzie kierunku rany odpowiedzieć z wszelką pewnością, że cios **nie** był zadany w ten sposób, jak to opisywał obwiniony. Oczywiście niemniej nie można określić z całą ścisłością, czy w ten lub inny sposób morderca dokonał zamachu, a mianowicie rozstrzygnąć, jak ustawił się względem ofiary, co w danym razie, ze względu na prawa francuskie, usprawiedliwiające zabójstwo, dokonane przez męża na żonie lub jej kochanku, schwyconych na gorącym uczynku, nie było bez znaczenia. W tym przypadku bowiem mógł być cios zadany prostem uderzeniem z góry, jeśli napadnięty znajdował się w pozycyi leżącej na boku lewym, lub nieco z boku w postawie stojącej ofiary, ruchem odsiebnym prawej ręki mordercy, zwróconej grzbietem ku górze, z ostrzem noża wystającem od strony małego palca, jak wreszcie niespodzianie z tyłu, przyczem morderca okolił ręką prawą prawy bok ofiary. W każdym jednak razie wynik sekcyi zdaje się, mojem zdaniem, przemawiać przeciw opisowi czynu, zeznanemu przez obwinionego.

Przeżycie rany serca przez czas jakiś, zdarzające się niezbyt często[5]), nie jest w naszym przypadku mniej ciekawe, niż w innych podobnych spostrzeżeniach, chociaż ranny wkrótce po czynie dostał się w opiekę lekarską. W każdym bowiem razie podwiązanie tętnicy sutkowej wewnętrznej zmieniło obraz o tyle tylko, że pozostała sama już tylko rana serca, jako obrażenie, które ostatecznie doprowadziło do śmierci. Wlanie zaś do żyły roztworu soli kuchennej nie mogło mieć wobec otwartej rany serca żadnego donioślejszego znaczenia i prawdopodobnie nawet bez tego zabiegu życie pociągnęłoby się po podwiązaniu tętnicy jeszcze kilka godzin.

2. **Zranienie dłutem tętnicy podkolanowej.** Dwaj stolarze G. i C. pokłócili się bez świadków w odosobnionej pracowni, poczem jeden z nich, G., wezwał pomocy lekarskiej dla zranionego towarzysza. Ranny zakrwawił się w kilkanaście minut, nie odzyskawszy przytomności, G. zaś oskarżony o zabójstwo, utrzymywał w śledztwie, że zmarły skaleczył się przypadkiem, upadłszy na ostrze dłuta. Sąd zwrócił się do znawców z zapytaniem, czy możliwą jest rzeczą, aby obrażenia, znalezione u zmarłego, zadane były dłutem, oraz, czy da się zapomocą badania sądowolekarskiego sprawdzić zeznania obwinionego.

Z wyniku sekcyi, dokonanej (w 6 dni po śmierci, na sztucznie oziębionym i doskonale przez to zachowanym trupie) przez Dra Socqueta, w obecności prof. Brouardela i mojej, przytaczam tylko najważniejsze dane:

Obnażone zwłoki młodego, wybornie zbudowanego i odżywionego mężczyzny, średniego wzrostu. Na grzbiecie blade i nierozlegle plamy pośmiertne, zresztą skóra blada. Powłoki brzuszne nie okazują żadnych śladów gnicia; są tej samej barwy, co reszta ciała. Tężca pośmiertnego niema.

Na łokciu prawym siniec wielkości srebrnego guldena, jako taki nacięciem stwierdzony. Poniżej wewnętrznej kostki lewej nogi wśród ogolonego pola znajduje się prostolinijna ranka skórna, o brzegach ostrych, długości 4 ctm. przebiegająca z góry i od tyłu, ku przodowi i dołowi. (Jestto ślad po usiłowaniu odsłonięcia żyły, aby wlać do niej fizyologiczny rozczyn soli kuchennej; wskutek śmierci rannego nie dokończono zabiegu).

Na zewnętrznej stronie tylnej powierzchni prawego uda i przegubu kolanowego rana prostolinijna, o ostrych, nieco rozwartych brzegach, sięgająca od linii stawu kolanowego na 14 ctm. w górę. Okolica rany powalana zaschłą krwią. Naokoło rany pomiędzy tkanką podskórną a mięśniami podbiegnięcie krwawe, na 2 do 3 palców szerokie. Linia rany skórnej odpowiada środkowi kłykcia zewnętrznego uda. W głąb ciągnie się kanał rany wśród mięśni skośnie na wewnątrz ku przodowi i nieco ku dołowi, a w dnie rany leży tętnica podkolanowa (art. poplitea). Nie jest ona całkowicie przeciętą, tylko tylna jej ściana jest otwartą dokładnie tuż pod linią stawu kolanowego, przez cięcie, przebiegające skośnie od góry wewnątrz, ku dołowi zewnątrz; brzegi otworu w tętnicy, długiego na 27 mm., ostre. Powyżej i poniżej otworu tętnica zaciśnięta podwiązkami katgutowemi.

Zresztą ani zewnętrznie, ani wewnętrznie, oprócz wielkiej bladości narządów. nie stwierdzono nic godnego uwagi.

Przyczyną śmierci był oczywiście krwotok z przeciętej tętnicy, krwotok tem gwałtowniejszy, że tętnica nie była zupełnie przeciętą, lecz tylko skaleczoną. Jak zaś wiadomo, najgroźniejszemi ranami dużych naczyń są wielkie, szczelinowate rany podłużne, nie stawiające krwotokowi żadnej najmniejszej nawet tamy, przez co pomoc lekarska, nawet najspieszniejsza, jest zwykle bezowocną. W naszym przypadku wynik sekcyi nie przemawiał przeciw temu, że rana, a w szczególności rana tętnicy podkolanowej, zadaną była dłutem stolarskiem, którego ostrze mierzy 32 mm. długości, lub innem podobnem narzędziem; z jednej bowiem strony wiadomo, że rany kłóte tkanin elastycznych mają często przekrój nieco mniejszy od ostrza narzędzia, z drugiej zaś kierunek rany tętnicy świadczył, że ostrze dłuta, trafiając tylną ścianę nieco skośnie do osi tętnicy, mogło nie dotknąć jej całą swą długością. Nadmierną długość rany skórnej, odnieść należy głównie do tego, że lekarz, podwiązując uszkodzoną tętnicę, rozszerzał ranę. — Drugie pytanie Sądu należało oczywiście zaprzeczyć, gdyż wynik badania nie dał żadnych wskazówek co do sposobu, w jaki rana powstała; można tylko zaznaczyć, że na ciele zmarłego nie znaleziono żadnych śladów walki.

Spostrzeżenie to zdawało mi się zasługiwać na wzmiankę, ponieważ, o ile obrażenia naczyń podkolanowych przy zmiażdżeniach, powikłanych złamaniach, a nawet przy ranach postrzałowych stawu kolanowego i jego okolicy opisywano wielokrotnie, o tyle cięte i kłóte rany tych głęboko leżących naczyń należą do wielkich rzadkości. Nie licząc dwóch przypadków zranienia tętnicy podkolanowej w czasie zabiegów chirurgicznych, ogłoszonych przez Langtona[6]) (w biegu osteotomii uda z powodu „genu valgum“) i Tealego[7]) (wraz z żyłą, przy usunięciu martwiaka z uda), zdołałem odszukać tylko siedm podobnych spostrzeżeń. Deschamps[8]) wspomina o jednym przypadku zranienia tętnicy podkola-

[5]) W naszem piśmiennictwie ogłosił kilka ciekawych spostrzeżeń Blumenstok, *Medycyna* 1872, Nr. 8 i 9.

[6]) Lancet, 1884, T. I. str. 564.

[7]) Lancet, 1887, T. I. str. 12.

[8]) „Observation sur la ligature des principales Artères des extrémités, à la suite de leurs blessures et dans les anévrysmes, principalement dans celui de la poplitée“. Paryż 1793, str. 25.

nowej szablą; Verneuil[9]) opowiada o podobnym przypadku, w którym zraniono równocześnie żyłę; Jaboulay[10]) przytacza jeszcze jedno spostrzeżenie, znajdujące się w „Encyclopedie internationale" (Tom III. str. 255). Przypadkowe nakłócie tętnicy podkolanowej, u 29-letn. mężczyzny, opisał dalej Wordsworth[11]); ranę tętnicy i żyły, zadaną przez nieuwagę nożem, widział również Maunder[12]); w końcu Le Fort w imieniu Laurenta[13]) ogłosił spostrzeżenie rany kłótej tętnicy podkolanowej, którą zadała sobie nożem przypadkowo ośmioletnia dziewczynka. Wszystkie te przypadki jednak budzą zajęcie wyłącznie ze stanowiska chirurgicznego.

Ciekawszym natomiast jest siódmy przypadek, ogłoszony przez Hohnbauma[14]), dziś zapomniany, który był przedmiotem dochodzeń sądowolekarskich, i to z powodu oskarżenia o błąd lekarski.

Czterdziestoletni ogrodnik W., zresztą zupełnie zdrów i czerstwy, nabawił się, po przypadkowem stłuczeniu, przewłocznego cierpienia w stawie kolanowym lewym, rozpoznawanego i leczonego przez kilku lekarzy jako „tumor albus". Po czterech latach choroby dostał się W. w opiekę Dra K., który oświadczył, że należy rzekomo w stawie nagromadzoną „ropę" wypuścić, i w tym celu, mimo obaw chorego i jego otoczenia, nakłół obrzękły staw od tyłu lancetem. Skutkiem zabiegu był silny krwotok tętniczy, utamowany na razie uciskiem, przyczem lekarz ów sam zaraz zauważył, że skaleczył jakieś większe naczynie. Pomimo tego odwlekając ustawicznie dalsze wskazane leczenie, naraził Dr. K. chorego na szereg znacznych krwotoków, powtarzających się przy każdem poruszeniu opatrunku, a kiedy nareszcie po 6 tygodniach takiego stanu ustąpił od swego uporu i z wezwanym chirurgiem podwiązał tętnicę udową, pomoc była spóźnioną; W. zmarł nazajutrz po podwiązaniu t. udowej.

Sekcya dokonana w trzy dni po śmierci, nie wykazała, oprócz początków gnicia żadnych zmian w narządach wewnętrznych, bardzo w ogóle niedokrewnych. W stawie kolanowym stwierdzono próchnienie kości.

Na udzie lewem świeża rana po podwiązaniu tętnicy; w przegubie kolanowym lewym rana, szeroka na 2 cale, długa na $2^1/_2$ cala, w której dnie widać żyłę i tętnicę podkolanową. Rana zadana lancetem, przebija obie ściany żyły, otwierając je na długość 4 i 2 linij (''') i kończy się otworkiem w tętnicy, długim $1^1/_2$'''

Na zasadzie wyniku sekcyi i zeznań świadków, między nimi kilku lekarzy, orzekł Hohnbaum, że W. zmarł wskutek znacznych i powtarzających się krwotoków z naczyń podkolanowych, skaleczonych wskutek nieumiejętnego i niewłaściwego postępowania Dr. K. Jako okoliczność, zwiększającą błąd lekarski, który nawet w owym już czasie (1828 r.) musiał uchodzić za jeden z najgrubszych, podniósł Hohnbaum tę okoliczność, że Dr. K. zaniedbał ratować chorego niezwłocznem podwiązaniem uszkodzonych naczyń, lub tętnicy udowej. Winowajcę oczywiście skazano.

W nowszych już czasach ogłosił Núnez[15]) przypadek zranienia tętnicy podkolanowej, który również wywołał dochodzenie sądowo-lekarskie. Pracy tej jednak w oryginale dostać nie mogłem, nie umiem więc żadnych z niej podać szczegółów, nie spotkawszy również dokładniejszego z niej sprawozdania.

Wypełniając w końcu miły obowiązek, składam podziękowanie Dr. Socquetowi za odstąpienie mi obu przypadków do ogłoszenia.

[9]) Bulletin de la Société de chirurgie de Paris 1869.

[10]) W Dechambre Dictionnaire encycl. des sciences médic. Serya II., Tom 27, str. 655, 1888.

[11]) Medic. Times and Gazette. Nowa serya, tom 15, str. 216 Londyn 1857.

[12]) Transactions of the Pathol. Society of London, 1863, T. 14 str. 84.

[13]) Bull. de la Soc. de chir. de Paris. Serya II., tom XI. 1870, str. 206.

[14]) Zeitschrift für Staatsarzneikunde (herausg. von Ad. Henke). Rok XV., 1835, tom XXX, strona 347—382.

[15]) Núnez. „Medicina legal; herida de la poplitea". Annales de la real Academia de ciencias médicas, fisicas y naturales de la Habana. 1880/1, tom 17.

III. Z szpitala powszechnego w Jaśle.

Przypadek krwotoku po operacyi wola.

Podał

Dr. Józef Kadyi,

sekundaryusz.

W styczniu b. r. przybył do szpitala S. T., trzydziestokilkoletni wieśniak, źle odżywiony, blady, jakby zawiędły. Pragnie on pozbyć się wola dlatego, że guz ten począł w ostatnich dwóch latach dość szybko się powiększać i nietylko znacznie go oszpeca, ale także staje się powodem duszności przy każdej więcej natężonej pracy fizycznej.

Tylko prawa połowa gruczołu tarczykowego uległa zwyrodnieniu i znacznemu powiększeniu, tworząc po stronie prawej szyi guz obły, wielkości pięści; strona zaś lewa szyi posiada kształt i rozmiary zwyczajne. Guz ten miał tak miękkie utkanie, że sprawiał przy badaniu wrażenie chełbotania tak, że próbowałem pierwotnie nakłócia, ale z wynikiem ujemnym. Wobec tego postanowiliśmy dokonać zupełnego wyłuszczenia, na co tem łacniej się można było zdecydować, że pozostająca lewa zdrowa połowa gruczołu tarczykowego wystarczała, by uchronić operowanego od następstw, znanych pod nazwą *cacheria strumipriva*.

Operacyę wykonałem dnia 18-go stycznia b. r. przy łaskawej asystencyi prymaryusza, Dra Macudzińskiego. Po odsłonięciu guza od przodu natrafiłem na wcale znaczną liczbę naczyń, wchodzących do guza od tyłu, tak, że musiałem ustawicznie zakładać podwiązki, poczem dopiero przecinałem podwiązane naczynia. Zresztą posuwałem się drogą tępą, to jest, że czego na tępo nie mogłem oddzielić, to wprzód brałem drobnymi pęczkami w podwiązki i dopiero podwiązany pęczek przecinałem nożyczkami. W ten sposób dość mozolnie, ale bez znaczniejszego krwotoku, wyłuszczyłem cały guz i doszedłem aż do środkowego przesmyku, łączącego prawy zraz gruczołu z lewym. Przesmyk ten był objętości grubego ołówka. Podwiązałem go i przeciąłem. Podczas ostatecznego przeglądu i przepłókania pola operacyjnego, nigdzie krwawiącego naczynia nie było widać; więc ranę zeszyłem i założyłem opatrunek jodoformowy.

Chory, przeniesiony do łóżka, miał oddech wcale swobodny, tętno zadawalniające, przytomność zupełną. Uspokojony o stan operowanego, opuściłem szpital.

W jakie półtory lub dwie godziny później zostałem śpiesznie przywołany do szpitala, gdzie już zastałem równocześnie zawezwanego prymaryusza z powodu, iż chory „umiera, czy też już zmarł".

Zastaliśmy go rzucającego się na łóżku z powodu najwyższego stopnia duszności; twarz sino-czerwona, nabrzmiała; głowa w tył wygięta. chory czyni z najwyższym wysiłkiem chrapliwe wdechy. Zdjąłem opatrunek i wtedy ujrzałem, że pod zeszytą skórą utworzył się duży, silnie bardzo napięty, guz krwawy, który wprost swym mechanicznym uciskiem tak znacznie utrudniał oddechanie. Tchawica, przez dłuższy czas ulegająca, z powodu wola, zwężeniu i zmięknieniu, tem łatwiej poddać się musiała uciskowi, jaki na nią wywierała wynaczyniona krew, nabierająca w szczelnie zamkniętym jakby worku silnego naprężenia. Rozprółem więc szwy skórne i w tejże chwili, wraz ze zniesieniem tego napięcia, chory odetchnął głęboko i łatwo. Wydaliłem palcem

nagromadzone w znacznej ilości skrzepy, aby dojść do źródła krwotoku. Okazało się, że nigdzie niepodobna dostrzedz znaczniejszego naczynia broczącego, czyli, że krew nieznacznie i zwolna sączyła się tylko z dna rany. Odpowiednio też temu trochę silniejszy ucisk sumaryczny wystarczał, aby krwotok zastanowić. Jednakże chory, a raczej jego tchawica, nie znosi, jak to przekonaliśmy się, uciskającej opaski na szyi, bo zaraz występują wyraźne objawy duszenia. Wypadało więc chyba poddać jeszcze raz ścisłej kontroli i obejrzeniu całe pole operacyjne, aby wynaleźć miejsce krwawiące; ale w tym celu trzebaby już chyba przedłużyć pierwotne cięcie skórne, aby módz workowatą dotychczas przestrzeń rany zamienić na płaszczyznę, wszędzie oku dostępną. Niechętnie się do tego zabierałem, a to tem bardziej, że miałem poczucie, iż bardzo dokładnie podwiązywałem podczas operacyi. Dlatego więc postanowiłem przed tem jeszcze raz zastosować ucisk, ale w ten sposób skierowany, aby uciskając powierzchnię operacyjną, czyli krwawiącą, nie ugniatać równocześnie tchawicy. W tym celu oparłem rynienkowatą deszczułkę (używaną przy złamaniach kości długich) o bark lewy i lewą stronę głowy tak, że tworzyła ona jakby most ponad lewą stroną szyi. W ten sposób zwoje opaski uciskającej nie opasywały dookoła szyi, ale przeskakiwały niejako ze szyi na ów pomost deszczułkowy, a wskutek tego szyja po stronie lewej, t. j. nieoperowanej, wyłączona była zupełnie od ucisku, a tem samem tchawica utrzymać mogła swe światło, bo od strony lewej nic jej nie ugniatało. Opatrunek taki wystarczył zupełnie, krwotok zupełnie ustał, oddechanie odbywało się naturalnym torem. Tylko dla chorego ów opatrunek wygodnym nie był. Wprawdzie pomiędzy głową a deszczułką włożyłem watę i starałem się o wynalezienie jak najdokładniejszego ułożenia chorego; mimo to operowany dosyć się użalał, że ten opatrunek jest dlań uciążliwym, co zresztą dziwić nie może, boć w każdym razie szyja i głowa były w stronę lewą przegięte i jakby przykrępowane.

Po upływie doby zdjąłem cały ten opatrunek uciskowy, zakładając od tej chwili zwyczajne opatrunki. O dalszym przebiegu nie wiele mam nadmienić. Ciepłota ciała zrana nie przekraczała nigdy 37·7° C., podczas gdy popołudniu doszła raz do 38·8° C. Język zawsze był wilgotny, tętno dobre, łaknienie jeszcze lepsze, ropienia nie było, gojenie prawidłowe, a dnia 7-go lutego operowany, jako wyleczony, opuścił szpital.

Gdy się *lege artis* operuje, to krwotok następowy bywa rzadko i w każdym razie potrzebuje osobnego wytłómaczenia, n. p. kruchość tkanin, zwyrodnienie naczyń, zesunięcie się źle przyciągniętej podwiązki, nieodpowiednie zachowanie się operowanego, nieostrożność itd. W niniejszym przypadku żadna z tych przyczyn do wytłómaczenia nie wystarcza. W szczególności nie mogę podejrzywać, iżby krwotok nastąpił z tętniczki niepodwiązanej, lub źle podwiązanej, bo tę czynność operacyjną wykonałem bardzo dokładnie i ostrożnie, jak to wyżej nadmieniłem; a zresztą żadne naczyńko broczące wyszukać się nie dało. O krwawieniu z przeciętego mostka gruczołowego, łączącego zwyrodniałą prawą połowę gruczołu z lewą, zdrową, także trudno było myśleć, chociaż na razie kikut ten nie był mojemu oku dostępny, bo krew nie nadpływała z tego jednego tylko zaułka rany, gdzie leżał kikut obcięty i podwiązany, ale sączyła się zwolna i niepostrzeżenie z całego dna rany. Miałem wrażenie, jakby jedynym powodem tego krwawienia było rozszerzenie sieci naczyniowej w ranie, wywołane drogą naczynioruchową, jako objaw mechanicznego urazu, spowodowanego samą operacyą. Był to, że tak powiem, nie krwotok, ale sączenie się krwi powolne, któreby nie odegrało tak groźnej roli, gdyby miało miejsce nie na szyi właśnie, ale w innej okolicy ciała, na której można cokolwiek śmielej przyciągnąć zwoje opaski opatrunkowej Za naczynioruchowem pochodzeniem tego krwawienia przemawia także i ta okoliczność, że zastósowany tu przezemnie okład lodowy wstrzymał na parę minut krwawienie; atoli później już ten bodziec termiczny nie wystarczał do skurczu naczyń, a dał mi tylko czas na przygotowanie przyborów do opatrunku takiego, jak go powyżej opisałem.

Opatrunek taki zaimprowizował raz prof. Mikulicz na swojej klinice krakowskiej (w czasie, gdy jako uczeń Uniwersytetu Jag uczęszczałem na jego wykłady), z tą różnicą, że użył opaski elastycznej — i przypadek ten, zdaje mi się, drukiem ogłosił.

IV. Oceny i sprawozdania.

Żywot i prace naukowe Jędrzeja Śniadeckiego. Kraków, 1898.

W znakomitem humorystycznem dziele: „Próżniacko-filozoficzna podróż po bruku“ radzi Śniadecki z ironią, aby oceniać wartość dzieł naukowych „według grubości i wagi“, zwłaszcza w tych czasach gdzie „ludzie tyle piszą, a na domiar nieszczęścia, jeszcze i druk wymyślili“. Świetny ten dowcip, oczywiście bez żadnej złośliwej „arrière-pensée“ przyszedł mi na myśl, gdym dostał świeżo powstałe dzieło p. t. „Żywot i prace naukowe i społeczne Jędrzeja Śniadeckiego“; wziąwszy to dzieło do ręki i przeczytawszy tylko parę jego kart wstępnych, można śmiało dowcip Śniadeckiego wywrócić i sparafrazować, odpowiadając nieznanemu, a przynajmniej niepodpisanemu, autorowi, że fakt skreślenia tak obszernego dzieła i skompilowania tak znacznego materyału, w celu uczczenia pamięci naszego wielkiego uczonego w roku jubileuszowym, jest już sam przez się rzeczą godną pochwały i uznania. Bez przesady, w naszym przypadku, sama „grubość i waga dzieła“, gdybyśmy nawet nie wglądali w jego treść i sposób opracowania, już są dowodem i wielkiej pracowitości autora i szczytnego zamiaru ochronienia „wielkiego ziomka“ przed zapomnieniem, skoro „prócz wspomnień zięcia i krótkich wzmianek w tygodniku poznańskim i petersburskim, nikt z rodaków obszerniej nie pisał o Śniadeckim“, skoro wśród postępów i przewrotów naukowych tak dużo imion nawet współczesnych odrazu wepchnięto do „historyi“, skoro wreszcie o tej historyi coś przy danej sposobności się wspomina, uważając jednak zawsze wszystko dawniejsze za przestarzałe i niepotrzebne. Zdanie autora, iż w historyi badań dawniejszych znaleźć się może i winno dużo prawdy, dużo wzorów godnych naśladowania, dużo pięknego materyału ku ocenieniu rozwoju cywilizacyi, wystarczy chyba przytoczyć bez żadnych komentarzy.

Dalecy jesteśmy od tego, aby w niniejszej ocenie dotykać osoby samego Śniadeckiego i znaczenia jego dzieł, gdyż nam chodzić powinno tylko o krytykę jego krytyka. Otóż dzieło, o którem mowa, jest ostrożnem w całem tego słowa znaczeniu streszczeniem działalności i prac Śniadeckiego, możliwie pozbawionem krytycznych objaśnień i osobistych zapatrywań. Jedyn e tylko wstępny rzut oka na stan ówczesnej medycyny, skreślony pracowicie na 50-ciu pierwszych stronach, jest poniekąd wyrazem chęci wyjaśnienia, iż to, na co dziś się zgodzić nie zawsze możemy, odpowiadało duchowi czasu i świetnym było owocem ówczesnego stanu wiedzy. Zresztą, po za tym wstępem, autor stara się być tylko historykiem i bezstronnym sprawozdawcą, a gdzie już koniecznie musi dodać mniemanie osobiste, tam zgrabnie stara się wypełnić przepaść, dzielącą fizyologię doświadczalną od dawnej fizyologii czysto filozoficznej, lub przynajmniej nad tą przepaścią chwilowo przerzucić pomost. I tak np. autor sam przyznaje, że filozofia przyrody, nie dająca się tak łatwo pogodzić z fizyologią, niejednego uczonego doprowadziła do sprzeczności i dwulicowości; ale przypomina gdzieindziej, że przecież w dzisiejszych naukach doświadczalnych rozumowanie filozoficzne segreguje prawdę od nieprawdy, wśród nawału czysto empirycznych doświadczeń; w innem znów miejscu, oddaje hołd nowoczesnej szkole krakowskiej i lwowskiej, lecz twierdzi, iż „teorya jestestw or-

ganicznych“, która chyba nie zgadza się z badaniami wymienionych szkół, powinna służyć za wskazówkę, jak zapatrywać się na sprawy przyrody. Gdyby dzieło było podpisane przez jakąś znaną powagę naukową, kto wie, czybyśmy pod przygnębiającym wpływem „autorytetu“ nie byli zmuszeni chwalić delikatnej mądrości sprawozdawcy, co umiał równocześnie sławić mistrza i bronić dzisiejszego stanu wiedzy; gdyby zaś skreślonem było przez pióro młode i nieznane, kto wie, czyby nie znaleźli się tacy, co ze sarkazmem dopatrywaliby się chęci szanowania powag dawnych, nie obrażając powag dzisiejszych; nam wreszcie czytającym dziś ten spory tom przez szparę anonimu, i starającym się czytać go jak najbezstronniej, pozostaje tylko jedna droga i jedno ostateczne zdanie, które w kilku zasadniczych słowach da się streścić. Dzieło o Śniadeckim rozmiarami swoimi świadczy o wielkiej pracowitości autora, treścią — o dokładnej znajomości tak historyi medycyny jak i poszczególnych, nawet najmniejszych utworów uczonego Jędrzeja; duchem wreszcie — o wielkiem przywiązaniu do wszystkiego co swojskie, zwłaszcza wtedy, gdy przez wszystkie obce znakomitości, skąpe zwykle w pochwałach, tak uwielbione, a przez swoich traktowane po macoszemu, wedle przysłowia, iż „nikt wśród swoich nie jest prorokiem“. — Dla przeciętnej publiczności, pragnącej coś więcej wiedzieć o naszym wielkim uczonym, dzieło to stanowić będzie przyjemną i użyteczną lekturę; dla przyrodników, którym oryginały prac jego są niedostępne, lub rozmiar 646 paragrafów odstraszający, streszczenie sumienne i bezstronne wielce pomocnem i korzystnem; dla każdego serca wreszcie, któremu drogą sława Polskiego imienia, — zjawiskiem, że użyję już najskromniejszego przymiotnika, sympatycznem, bo dodającem blasku postaci wielkiego medycznego polihistora, jakim przy dzisiejszem rozdrobnieniu nauk lekarskich nikt chyba tak prędko nie będzie. Dewizą Śniadeckiego był, jak wiadomo, dwuwiersz Kochanowskiego: „Służmy uczciwej sprawie, a jako kto może, Niech ku pożytku dobra wspólnego pomoże“; treścią dewizy najnowszego z jego biografów, niewymienionej wprawdzie nigdzie, lecz tchnącej z całej pracy, jest chyba chęć wykazania, iż za znakomite odpowiednio do ducha czasu i stanu wiedzy prace, naszego wielkiego uczonego wdzięczność społeczeństwa jedną tylko powinna była i powinna dziś okazać się drogą: za życia, nie tyle próżnym zaszczytem i formalną pochwałą, ile szczerem uznaniem, a po śmierci, nie tyle laurami i pomnikami, dedykowanymi przez konwenans, ile rozkrzewianiem czci do wielkich prac i szerzeniem pamięci wielkich uczonych.

Dr. Zaniętowski.

V. Wyciągi.

H. Rosin: **O szczególnym rodzaju białka w moczu i jego znaczeniu rozpoznawczem.** (*Berl. klin. Woch.*, 1897, Nr. 48). Kühnemu zawdzięczamy wiedzę o propeptonach czyli albumozach, t. j. o szeregu ciał, tworzących się wśród pepsynowego trawienia białka. Posiadają one własności pośrednie pomiędzy własnościami białka a peptonu. Tworząc się we wszystkich tkankach, powinny się znachodzić i w moczu. Tu wylicza R. długi szereg autorów, którzy, bądź to pepton, bądź pewne propeptony rzeczywiście w moczu wykrywali, i to albo wśród niektórych stanów chorobowych, (nie biorąc rozumie się w rachubę zapalenia nerek), lub też wśród przeróżnych doświadczeń, polegających przeważnie na wstrzykiwaniu pewnych ciał zwierzętom pod skórę lub do żyły.

R. miał sposobność spostrzegać długotrwałe pojawianie się w moczu ciała, należącego do propeptonów i mniema, iż może ono dać pewne rozpoznawcze wskazówki.

W lutym b. r. zgłosiła się do kliniki Senatora 36-letnia pacyentka, skarżąca się na bóle głowy, bóle w krzyżach, piersiach i na ogólne osłabienie. Próba Hellera wykazała w moczu białko, a w osadzie były liczne wałeczki i przybłonek nerkowy. Rozpoznano zapalenie nerek bez określenia ścisłego postaci, gdyż badanie serca i dna oka nie pozwalały rozpoznać śródmiąższowego zapalenia nerek przewlocznego; brak obrzęków przemawiał przeciw zapaleniu n. miąższowemu, a w końcu mocz jasny i w obfitej ilości przeciw zapaleniu ostremu.

Polecono chorej dyetę mleczną, a wewnętrznie jodek potasowy. Po 3 tygodniach przedstawia się chora ze znacznem pogorszeniem, skarżąc się między innemi na trudności w połykaniu. Badanie wykazało obustronne porażenie n. podjęzykowego, obok znieczulenia, ograniczonego do wargi dolnej i brody. Próba Hellera dała gruby pierścień biały, który po przypadkowem, w innym celu uskutecznionem, ogrzaniu moczu do zagotowania się, znikł zupełnie, podobnie jak lekkie zmętnienie, które poprzedziło zniknięcie pierścienia. Dalsze próby z zagotowaniem wykazały, że przy 53° rozpoczyna się zmętnienie, a dalej powstaje strąt obfity, który przy 72° rozpoczyna topnieć. Przy wyższej ciepłocie płyn spienia się, a przy 100° prawie zupełnie się wyjaśnia. Przy oziębianiu osad wraca a przy ponownem ogrzaniu topnieje. Zastosowano inne próby na białko, przy których powstawał gruby osad o tych samych własnościach. Ciało to uważa R. za albumozę. Białka był ślad tylko, odpowiadający nieznacznemu zmętnieniu przy zagotowaniu. Mocz dawał nadto reakcyę biuretową. Chorą karmiono sondą. Wśród przebiegu zrazikowego zapalenia płuc i upadku sił chora ta zmarła 8 kwietnia.

Sekcya wykazała skrobiowate i tłuszczowe zwyrodnienie obu nerek (i odpowiadający temu obraz mikroskopowy). Dalej znaleziono na kilku żebrach nowotwory, wychodzące ze szpiku, niszczące kość na znacznej przestrzeni, przez co żebra stały się miękkie, jakby w rozmiękczeniu kości. Badanie mikroskopowe przedstawia obraz mięsaka okrągłokomórkowego. Za życia były wprawdzie bóle w krzyżach i piersiach, lecz bez zniekształcenia klatki piersiowej. Powód porażenia wspomnianych nerwów dotąd niejasny, gdyż badania mózgu, rdzenia i odpowiednich nerwów jeszcze nie przeprowadzono.

R. stawia pytanie, czy wynik sekcyi tłómaczy albumosuryę? Stan nerek nie tłómaczy tego dostatecznie. Chociaż więc autor sam broni się od tak dziwacznej myśli, jest jednak zniewolonym wprowadzić albumosuryę w związek przyczynowy z obecnością mięsaków klatki piersiowej, do czego go też zachęcają ogłoszenia innych badaczy, dotyczące pojawiania się tej samej, lub przynajmniej podobnej, albumozy w moczu.

I tak, w roku 1848 ogłosił Bence Jones przypadek, w którym ciało o zupełnie tożsamych własnościach wykrył w moczu. Sekcya wykazała zdrowe nerki i rozmiękczenie żeber (bez badania mikroskopowego). Kühne wykazał to ciało w moczu w roku 1883. Uważał je za mięszaninę znanych mu albumoz. Chory zmarł na cierpienie kości, uważane za ich rozmiękczenie. Sekcyi nie było. Trzeci przypadek opisuje Kahler w r. 1889. Sekcya wykazała nerki zdrowe, mięsaka żeber i trzonów kręgowych. Czwarty przypadek opisany przez Ribbinka w roku 1892: wynik sekcyi: liczne mięsaki w rdzeniu p., klatce piersiowej, nerki zdrowe. W 5 przypadku z kliniki Stintzinga, opisanym w zeszłym roku przez Matthesa i Seegelkena, znaleziono znaczne zniekształcenie klatki p., wyglądające na rozmiękczynowe kości, lecz na podstawie obecności albumosuryi przypuszczano już mięsaki. Sekcya wykazała nerki zdrowe i liczne mięsako-chrzęstniaki, wychodzące ze szpiku.

Ponieważ albumosurii nie spostrzegano w przypadkach mięsaków, usadowionych gdzieindziej, przeto R. czyni wniosek, że można ten objaw zużytkować, jako środek rozpoznawczy pomocniczy.

Pozostaje jeszcze na przyszłość rozwiązać pytanie, gdzie jest źródło tego ciała, czy w tkance nowotworowej, czy we krwi? *Dr. B. Wojciechowski.*

Dr. Bleich: **O porodzie w trumnie, z opisaniem nowego przypadku.** (*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*, Nr. 49 i 50). Zastanawiając się nad przypadkami porodów, zdarzających się po śmierci, zaznacza autor, iż w podręcznikach medycyny sądowej nie są dostatecznie uwzględnione szczegóły, dotyczące porodu w trumnie. Przypadki te, nie

należące wcale do zakresu działania położników, których obowiązkiem jest rozwiązanie osoby ciężarnej za życia, ma sposobność spostrzegać tylko lekarz sądowy. Dwie głównie siły są w stanie wydalić płód z łona matki po śmierci: jedną z nich jest ciśnienie śródbrzuszne, wywołane przez gazy gnilne, drugą — ściąganie się mięśnia macicznego. Autor rozbiera szczegółowo znaczenie obu tych czynników i, aczkolwiek sądzi, iż są one w stanie bezsprzecznie wyprzeć po śmierci płód niedonoszony z łona matki, to nie przypuszcza, aby w przypadkach, gdy będzie płód donoszony, siły te same przez się wystarczyć mogły. Wiadomo bowiem, że, przy przejściu przez kanał rodny, główka dziecka donoszonego wstawia się w odpowiednie wymiary miednicy, wykonując pewien szereg zwrotów, czyli tak zw. mechanizm porodowy. Siłami wydalającemi są tu skurcze macicy, siła tłoczni brzusznej i podłogi miedniczej. Otóż, ponieważ główka dziecka donoszonego taki sam mechanizm po śmierci wykonywaćby musiała, przeto, zdaniem autora, ani ciśnienie śródbrzuszne, skutkiem wytwarzania się gazów gnilnych w jamie brzusznej, ani też ściągania się pośmiertne macicy, nie są w stanie same przez się wystarczyć do wywołania porodu w trumnie, lecz mniema, że w takich przypadkach, inne jeszcze siły w grę wchodzić muszą. Sądzi zatem, że skurcze macicy ciężarnej za życia, muszą w tych przypadkach dostatecznie przygotować przedtem drogi porodowe, tak, że ciśnienie śródbrzuszne, jakoteż i ściągania się pośmiertne macicy, mają tylko za zadanie rozpoczęty za życia poród ukończyć. Następnie opisuje autor wynik sekcyi zwłok kobiety, będącej w VI m. ciąży, której ekshumacyę po 8-miu dniach wykonał. W doniesieniu do władzy znajdował się szczegół, że denatka miała na krótki czas przed śmiercią stosunek płciowy z trzema młodymi ludźmi bezpośrednio jeden po drugim. Nie wdając się w bliższe szczegóły sekcyi, zaznaczyć należy, że po otwarciu trumny spostrzeżono płód, znajdujący się pomiędzy udami, zwrócony nóżkami ku częściom sromowym matki a grzbietem ku górze, główka zaś jego przylegała ściśle do stawów kolanowych matki. Macica w całości wypadnięta i wynicowana, jak również i pochwa, znajdowały się przed sromem, a łożysko w całości od macicy oddzielone, kształtu kuli, połączone było sznurem pępowinowym z dzieckiem. Ponieważ płód był niedonoszony, przeto w przypadku tym ciśnienie śródbrzuszne i ściąganie się pośmiertne macicy, mogły były, zdaniem autora, wystarczyć, do wydalenia go; jednakże zważywszy, iż kobieta ta spółkowała na krótki czas przed śmiercią, sądzi autor, iż w tym przypadku gwałtowne spółkowanie mogło wywołać łatwo skurcze macicy za życia. Podając te uwagi pod ocenę, sądzi autor, że najpewniej do wyjaśnienia ich przyczyniłoby się ogłaszanie podobnych przypadków i w tym celu opisał przez siebie spostrzegany.

Dr. Edward Czerny.

H. Maass: **Opatrunki z celulozy**. (*Berl. klin. Woch.*, 1897, Nr. 45). Opatrunek gipsowy ma, obok licznych zalet, tę wadę, że jest zbyt ciężki. Odczuwa ją dokładnie chory, szczególnie wówczas, gdy opatrunek nosić musi przez czas dłuższy. Ma to tem większe znaczenie, że opatrunki takie stosuje się przeważnie u dzieci i niedorostków. Słusznie więc starano się o wyszukanie innego materyału, któryby był dość mocnym, a przytem lekkim.

W ten sposób wpadano na myśl sporządzania opatrunków ze szkła wodnego, drzewa, filcu i t. p. Powiedzieć jednak należy, że żaden z tych pomysłów nie zdoła odpowiedzieć wszystkim wymaganiom naraz.

Do ulepszeń znacznych na polu ortopedyi zaliczyć należy sposób, jaki przed rokiem Landerer i Kirsch podali. Używają oni celulozy, która jest mocną, lekką, elastyczną i nie ulega wpływom wilgoci. Nadto daje się ona po ogrzaniu wyginać, a po oziębieniu zachowuje stale nadany kształt. L. i K. używają roczczynu acetonowego w stosunku 1:3. Na model gipsowy ciasno nawijają mulowe opaski, w które wcierają następnie roztwór celulozy i to w ten sposób, by każda warstwa opaski oddzielona była od następnej przez warstwę celulozy, aż warstw tych będzie 6—8. Najzewnętrzniejszą tworzy grubszy pokład celulozy. Po 12 godzinach można opatrunek zdjąć z modelu.

Opatrunki takie odznaczają się nadzwyczajną lekkością, gdyż n. p. gorset dla dziecka waży mniej więcej około 400 grm., dla dorosłego mało więcej niż funt. Są one przytem o tyle mocne, że szyny wzmacniające okazują się zbytecznemi; posiadają również potrzebną elastyczność i są tak trwałe, że po 10 miesięcznem stałem używaniu nie ulegają żadnemu uszkodzeniu. Na trwałości tracą opatrunki przy używaniu acetonu gorszego. Dlatego poleca M. przetwór najczystszy. M. robi nadto opatrunki połączone stawami, do których zawiasy sporządza sam z płytek celulozy zapomocą zwykłej piłeczki, używanej do wycinania deseni w drzewie. Dalszą wielką zaletą opatrunków z celulozy jest w końcu to, że można je w każdej chwili dowolnie przekształcać i błędy naprawiać, gdyż po ogrzaniu nabierają napowrót elastyczności.

Strona ujemna polega najpierw na tem, że celuloza jest materyałem palnym, jednakże nie w wyższym stopniu niż drzewo. Nieprzenikliwość mogłaby wypaść ujemnie przez to, że wydzieliny skóry nie mogą się ulatniać, lecz i temu łatwo zaradzić przez zrobienie licznych małych otworków w opatrunku. Cena jest wprawdzie jeszcze trochę wysoka, lecz trwałość opatrunku równoważy chwilowy większy wydatek. Najważniejszą wadą jest powolne twardnienie, wskutek czego nie daje się opatrunek taki zastósować tam, gdzie, jak n. p. wobec złamania, należy wprost chorą kończynę od razu ustalić.

Dr. B. Wojciechowski.

Heitler (Wiedeń): **Niemiarowość tętna skutkiem zadrażnienia osierdzia.** (*Wiener klin. Woch.* 1898, Nr. 3). — **Doświadczalne studya nad niemiarowością sercową.** (*Wiener klin. Woch.* 1898, Nr. 8). Doświadczenia swoje wykonał autor na 15 psach zakuraryzowanych. Podrażnienie osierdzia, szczególnie w okolicy rowka podłużnego i pewnych miejsc na koniuszku serca, zapomocą lekkiego ukłócia igłą, uchwycenia szczypczykami, lub zapomocą słabego prądu przerywanego, wywoływa stale niemiarowość tętna. Arytmią zwykliśmy odnosić do zmian w mięśniu sercowym; otóż dowodem, że tu nie chodzi o podrażnienie samego mięśnia, może być ta okoliczność, iż arytmia nie występuje, jeżeli miejsce drażnione zapędzlujemy roztworem kokainy, a pojawia się znowu, gdy roztwór ten zmyjemy.

Autor zajął się w dalszym ciągu śródsierdziem i mięśniem sercowym. Zapomocą odpowiedniego przyrządu, wprowadzonego do serca przez ścianę przedsionka, drażnił on mechanicznie śródsierdzie i wywoływał w ten sposób niemiarowość zupełnie podobną, jak przy drażnieniu osierdzia.

Przeciwnie, drażnienie m. sercowego zapomocą prądu przerywanego, doprowadzanego dwoma igiełkowatemi elektrodami, powleczonemi, z wyjątkiem samych końców, szelakiem (aby uniknąć zadrażnienia osierdzia) dało odmienny wynik. Przedewszystkiem, aby otrzymać jakikolwiek skutek, trzeba było użyć prądów znacznie silniejszych, jak przy drażnieniu osierdzia. Powtóre zaburzenie w miarowości jest tu zupełnie inne. Przy drażnieniu osierdzia zjawiają się skurcze, różniące się między sobą, i od zwykłych, tylko natężeniem i rozmieszczeniem; przy drażnieniu mięśnia faliste ruchy o mniejszem lub większem natężeniu. Podobne wyniki otrzymuje się przy drażnieniu prądem serca przez powierzchnią po zakokainizowaniu osierdzia. Można wtedy stwierdzić, że nawet najsilniejsze prądy nie są w stanie serca zabić. Śmierć sercowa występująca wśród objawów trzepotania (Herzflattern), zależy zatem wyłącznie od zadrażnienia osierdzia.

Mechaniczne drażnienie samego mięśnia sercowego nie wpływa zupełnie na rytm serca.

Lewkowicz.

Dr. A. Ludwig: **O narkozie chlorkiem etylowym.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 19, Z. 3). W kilkudziesięciu przypadkach, w klinice Hackera, użył L. do uśpienia chlorku etylowego („kelen“), zaleconego w roku 1895 do tego celu

przez Souliera. Narkozy tej użyć można tylko w przypadkach krótkotrwałych operacyj (5—10 m.), niewymagających zupełnego zwiotczenia układu mięśniowego, gdyż to nie następuje. Do usypiania używa szczelnej maski Julliarda, narkotyku nalewa od razu kilka (6—9) gramów, po 1—1½ minucie następuje sen, który znika natychmiast po zdjęciu maski. Żadnych ubocznych, szkodliwych wpływów L. nie widział. Kilkakrotnie kombinowano znieczulenie miejscowe płynem Schleicha z narkozą chlorkiem etylowym (np. przy amputacyi). *Herman.*

Goldmann: **Dawkowanie salofenu.** (*Pharm. Zeit.* 1897, Nr. 98). Działanie salofenu polega na rozkładzie tegoż na kw. salicylowy i acetylparamidofenol. Organizm jest w stanie przeprowadzić rozkład tylko pewnej ilości leku, a przez powiększenie dawki nietylko nie podnosimy działania leczniczego, ale owszem obniżamy, gdyż rozkład powyższy staje się trudniejszym. Dawka jednorazowa nie powinna zatem przekraczać 1,0—1,5. Przy gośćcu stawowym i nieżycie nagminnym (influenzie) podaje się ją 3—4 razy dziennie; przy bólu głowy można ją w godzinę powtórzyć. *Lewkowicz.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

Bismutan, nowy lek szczmiący (antidiarohoicum), złożony z bizmutu, resorcyny i garbnika, proszek kanarkowo-żółty, nierozpuszczalny w wodzie, bezwonny, smaku słodkawego — poleca Dr. Bion z Zurychu, zwłaszcza w „Dyspepsia gastro-intestinalis“ (szczególnie u dzieci, lecz i u dorosłych).

Dawka dla dzieci niżej dwu lat: 1·5—2·5, np.

Rp. Bismutan (Mindes) 1·5—2·5
Mixt-gumos. . . 100·0
S. Co 2 godz. łyżeczkę.

Dorosłym podaje się 0·5—1·0 na dawkę w proszkach kilka razy dziennie.

Ubocznych objawów nie sprowadza. Wyrabia go aptekarz Mindes w Zurychu. (Correspondenz-Blatt f. Schweizer Aerzte, 1898, Nr. 3). Dr. E.—R.

Jodoformogen, przetwór jodoformowy bez zapachu, poleca Dr. Kromayer. (Berl. klin. Woch. 1898, Nr. 10). Jestto połączenie jodoformu z białkiem, zawiera nadto mało ilości jodu z białkiem i jodu wolnego. Przedstawia się w postaci jasno-żółtego proszku, nierozpuszczalnego w wodzie. Posiada wszelkie własności antyseptyczne jodoformu, jak o tem K., w przeszło 100 przypadkach, mógł się przekonać, nadto ma przed nim pierwszeństwo z następujących powodów: jest bez zapachu, daje się przy 100° wyjaławiać, z powodu zawartości wolnego jodu działanie swe rozpoczyna odrazu (a nie jak jodoform dopiero w miarę rozkładu), rozkłada się na wolny jod powoli i wskutek tego działa długo; jako bardzo miałki i sypki proszek styka się dokładniej z całą powierzchnią rany aniżeli jodoform, który jest sypki tylko w postaci grubych kryształków, a sproszkowany, zbija się w grudki: w końcu jest 3 razy lżejszy od jodoformu, a więc i względy oszczędnościowe zadawalnia, tem bardziej, że cena jego jest nieco niższa. (Firma Knoll et Comp. Ludwigshafen a. Rh.). Dr. B. Wojciechowski.

Credé podał znowu nowy przetwór srebrowy, argentol (Arg. chinaseptolicum), który używa jak itrol na rany, w postaci proszku, gazy, maści i w zawiesinie (1:3000:1000) przeciw rzeżączce. F. K.

Zanardi wprowadził również nowy środek srebrowy, argentum sulfophenylicum, który nie działa drażniąco, jak azotan srebrowy, a jest łatwiej rozpuszczalny i trwalszy niż itrol. F. K.

Zamiast jodku potasu podaje Chenal nowy przetwór jodowy, benzojodhydrin, zmięszany z cukrem tak, że łyżeczka b. saccharati zawiera 0,13 grm. samego przetworu, co odpowiada 1,0 grm. jodku potasu. F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekar. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 26 Marca 1898 r.

Przewodniczący: Kol. Dr. Machek. Członków obecnych 41.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Doc. Schramm przedstawił dziecko z przepukliną lędźwiową (haernia lumbalis)., która wobec równoczesnego cierpienia stosu pacierzowego (spondylitis) robić może wrażenie ropnia opadowego.

3. Kol. Feuerstein przedstawia przypadek znieczulenia połowiczego naprzemianległego (Hemianesthesia alternans). Mężczyzna 50-letni doznawał od roku napadowo częstych zawrotów głowy z utratą równowagi ciała; kilkakrotnie upadał, nie tracił jednak przytomności. W styczniu bieżącego roku wystąpiło, bezpośrednio po napadzie zwykłego zawrotu, znieczulenie prawej połowy szyi, tułowia, prawych kończyn i lewej połowy twarzy, przytem chory utracił na stałe możność utrzymywania równowagi ciała. W kilka tygodni potem, bez wszelkiej widocznej przyczyny, oko lewe uległo zapaleniu.

Nieco otyły, dobrze zbudowany mężczyzna. *Arteriosclerosis. Keratitis (neuroparalytica) oc. sin, prolapsus iridis fere cicatrisatus.* Niedowład dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego. Siła ruchowa lewych kończyn cokolwiek obniżona. W łóżku chory wykonywa wszelkie ruchy swobodnie, po lewej stronie zaznacza się bezład ruchowy. Stanie bez postronnej pomocy nader utrudnione; chód o własnych siłach zgoła niemożliwy, natychmiastowa utrata równowagi i skłonność do upadania na prawo. Należycie podparty przez dwie osoby, chory przechyla się mocno na prawo i chodzi w tem położeniu, wykonywując ataktyczne ruchy lewą dolną kończyną. Odruchy ścięgniste po lewej stronie wzmożone, po prawej prawidłowe, odruchy skórne po l. stronie zniesione. Po pr. str. ciała znieczulenie na bodźce bolowe i cieplikowe, czucie dotykowe natomiast tylko bardzo nieznacznie obniżone. Po lewej stronie twarzy (także na błonie śluzowej ust, gardzieli, nosa) podobna analgezya i termanestezya; tylko na lewej rogówce i spojówce gałkowej czucie dotykowe jest również upośledzone. Czucie mięśniowe (poczucie ruchów i położenia kończyn), nietknięte. Lewy mięsień żuchwowy mniej jędrny, kurczy się słabiej, aniżeli prawy. Również lewy m. skroniowy mniej się napina. Oddziaływanie wymienionych mięśni na prąd stały i przerywany wybitnie obniżone. Dno oka prawidłowe. Brak objawów wzmożonego ucisku śródczaszkowego.

Na podstawie powyższych objawów można rozpoznać sprawę ogniskową, umiejscowioną w grzbietowej (górnej) części lewej połowy mostu Varola, w pobliżu jądra (czuciowego i ruchowego) nerwu trójdzielnego. Ognisko to przekracza prawdopodobnie linię środkową (rapha) i sięga tu wgłąb mostu (paresis facialis d., osłabienie siły ruchowej lewych kończyn, wzmożenie odruchów ścięgnistych i zniesienie odruchów skórnych po l. stronie). Wobec dysocyacyi czucia i braku zaburzeń zmysłu mięśniowego należy przypuszczać, że przerwie uległy najprawdopodobniej tylko te włókna czuciowe, wchodzące w skład tak zw. *formatio reticularis*, podczas gdy włókna, wchodzące w skład pętli (*lemniscus*, Schleife) nie zostały uszkodzone. Przypuszczenie to opiera się na badaniach klinicznych i anatomicznych, stwierdzających dosyć zgodnie (Wernicke, Senator, Goldscheider i Marinesco, van Oordt), że: 1) w rdzeniu przedłużonym i moście włókna, przeznaczone dla poszczególnych rodzajów czucia skórnego, przebiegają przez *formatio reticularis* oddzielnymi pęczkami, skąd w cierpieniach tej części mózgu występuje względnie często dysocyacya czucia; 2) włókna, służące koordynacyi (zmysłowi mięśniowemu *sensu largiori*) przebiegają przez pętlę. Dysocyacya czucia na twarzy, obok znieczulenia całkowitego rogówki i spojówki lewej gałki, przemawia za tem, że włókna n. trójdzielnego uległy uszkodzeniu częścią w supranuklearnym (w *form. retic.*), częścią w infranuklearnym przebiegu. Ruchowe korzonki (wzgl. ruchowe jądro) n. trójdzielnego zostały również wciągnięte w sprawę chorobową (zwiotczenie m. żuchwowego, obniżenie pobudliwości elektrycznej). Uporczywe zawroty głowy należą do objawów ogniskowych cierpień mostu (Bernhardt). Utratę równowagi i skłonność do upadania na prawo odnieść należy najprawdopodobniej do uszkodzenia lewego ciała powrózkowatego (c. resti forme). *Keratitis neuroparalytica* uchodziła niesłusznie za sprawę, wywoływaną tylko obwodowem (na podstawie czaszki) uszkodzeniem n. trójdzielnego. Bardzo dokładne spostrzeżenia (Oppenheim, Remak) stwierdzają, że *K. neuroparal.* wydarza się także w przebiegu cierpień mostu.

Co do patogenezy przedstawionego przypadku, największe prawdopodobieństwo ma za sobą przypuszczenie, że sprawa polega na ograniczonem rozmiękczeniu (*Encephalomalacia*), wywołanem zmianami miażdżycowemi w zakresie *art. cerebelli post. inf.* (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiał kol. Szulisławski, tłómacząc współudział *keratitis neuroparalytica* w przedstawionym przypadku.

4. Kol. Hojnacki przedstawił nowy sposób rozszerzania uj

ścia zewnętrznego i szyjki macicznej zabiegiem, wykonywanym na dolnej wardze. (Opis podany w Przeglądzie lekarskim).

Kol. Bylicki podnosi łatwość tego zabiegu, oraz dodatnią jego stronę przez rozszerzanie zarazem szyjki.

Kol. Sołowij przeczy istnieniu bezwzględnych ścieśnień ujścia zewnętrznego, przypisując niepłodność i bolesne miesiączkowanie wyłącznie sprawom nieżytowym (rzeżączce). Sam w swej praktyce nie spotkał nigdy potrzeby jakiegokolwiek rozcinania, ograniczając się zawsze do użycia sondy.

Kol. prof. Rydygier, nie wchodząc w potrzeby i wskazania do rozszerzania operacyjnego, podnosi dodatnie strony opisanego zabiegu w porównaniu z innymi.

Kol. Bylicki, odpowiadając kol. Sołowijowi oblicza w swej praktyce przynajmniej 3 przypadki rocznie ścieśnień, wymagających dyscysyi.

Kol. Jan Rosner zapytuje, czy sposób ten ma rozszerzać i ujście wewnętrzne (nie!).

Kol. Festenburg, stwierdzając, że o wartości zabiegu będzie można mówić po doświadczeniu w odpowiednich przypadkach, zapowiada zastosowanie tej metody przy pierwszej nadarzającej się sposobności.

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Lwów.

Szanowni czytelnicy zapomnieli zapewne o treści mej poprzedniej korespondencyi, a ja muszę niestety, wrócić do niej, by załatwić rachunki z dyablikiem drukarskim, który mi kilka figlów spłatał. Pomijam kwestye stylowe jak n. p., że nie wezwanie Redakcyi, ale zadośćuczynienie wezwaniu wydało mi się trudnem. Nie mogę jednak pominąć milczeniem przeróbki epitetu, odnoszącego się do krajowego inspektora szpitali. Zamiast zapracowany, zecer złożył spracowany i naraził mię na to, że każdy, znający osobiście Dra Sawickiego, może mi kłam zadać. Dalej nie mogę się też zgodzić na to, by zaginęła, umieszczona w owej korespondencyi, wzmianka o energicznem, choć bezskutecznem, wystąpieniu naszego krajowego referenta spraw sanitarnych w obronie interesów prymaryuszy szpitalnych. Rzecz ta mało znana jest prawdziwą i nie powinna być przemilczaną tem bardziej, że tak silnie wystylizowano z Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej należne Prof. Jordanowi podziękowanie za jego, pomyślnym skutkiem uwieńczone, działanie w tej sprawie.

W szeregu sprostowań pozwolę sobie jeszcze jedno umieścić, a mianowicie, że niebezpieczeństwo Dra Penziasa, u którego, skutkiem zakażenia, *lymphadenitis* rzeczywiście wystąpiła, nie było tak groźne, jak to podały nasze dzienniki, nie grzeszące ścisłością informacyi, zwłaszcza w sprawach lekarskich. Na nic się nie przydała dobra wola Izby lekarskiej, która ofiarowała się dziennikom z informowaniem ich o sprawach lekarskich i ze sprostowywaniem informacyj, jakieby na innej drodze do nich doszły. W każdym niemal numerze tutejszych dzienników spotykamy sensacyjne wieści ze sfer lekarskich, podawane na własną odpowiedzialność przez tego lub owego, życzliwego temu lub owemu z lekarzy reportera dziennikarskiego, nie liczącego się w swej życzliwości z tem, że rzuca na lekarza, któremu chciał przysługę wyświadczyć, podejrzenie reklamowania się w kronice, zamiast w „nadesłanem“. A ogólne wrażenie jest rzeczywiście takiem, jakoby przeżyła się forma: „Dr. X. po specyalnych, długoletnich, gorliwych studyach etc.“, zdyskredytowaną zaś została forma: „podziękowań za bezinteresowną z sercem i wiedzą niesioną pomoc lekarską“, jednem słowem, jakoby minęło panowanie „nadesłanego“, a jego rolę objęła kronika, rozpisująca się szeroko o wyleczeniach, wyjazdach, lub zamierzonych powoływaniach w skład profesorów uniwersytetu.

Aby nie popaść w grzech, który zarzucam kolegom mym w zawodzie reporterskim, nie będę uprzedzał biegu wypadków i nie ośmielę się prorokować kogo ministeryum na katedrę okulistyki powoła.

W sprawie tej, jak to czytelnikom „Przeglądu“ wiadomo, poszły propozycye do ministeryum. Dwu *primo loco* i *ex aequo* postawionych kandydatów ogół lekarski osobiście zna mało. Trzeci — prymaryusz szpitala powszechnego i tegoroczny prezes Sekcyi lwowskiej, Dr. Machek, ma dużo miru, a z oddziału jego prace naukowe dość często się ukazują. Czwarty — docent Dr. Sroczyński, cieszy się nietylko sympatyą, lecz i uznaniem, zwłaszcza u tych, którzy mieli sposobność zapoznać się z jego jasnym a treściwym sposobem wykładu.

Co do kandydata na katedrę akuszeryi i ginekologii niema dotąd zgody...

W jednym z tutejszych dzienników ukazała się notatka, że katedry chorob dziecięcych, wrzekomo z braku sił nauczycielskich, nie można było dotąd obsadzić. Od czegoż jednak spryt reporterski? Autor notatki zasłyszał, że zasłużony laryngolog z Heidelbergu przenosi się do Galicyi dla kształcenia swych dzieci w języku ojczystym; puścił też zaraz pod prasę propozycyę, by tego laryngologa pedyatrą zrobić.

Jest w każdym razie ziarenko prawdy w doniesieniu owem. Są rzeczywiście poważne trudności, lecz nie w braku kandydatów w kraju, a tylko w postawieniu katedry pedyatryi, w urządzeniu kliniki pedyatrycznej. Szpitalik św. Zofii zbyt szczupło ma miejsca na własną potrzebę, by mógł uniwersytetowi lokal odstąpić, a rządowi tem trudniej zdecydować się na budowę kliniki z gruntu, że i miejsca odpowiedniego znaleźć nie można.

O zamianowaniu docentem dla chirurgii Dra Baracza czytelnicy *Przeglądu* już wiedzą. Wykładać ma on w letniem półroczu na materyale „Lecznicy“. Z reszty chirurgów Prof. Ziembicki wykłada w swym oddziale w szpitalu głównym; Doc. Dr. Schramm w szpitaliku św. Zofii „chirurgię dzieci“; Doc. Dr. Wehr w klinice o *anty-* i *aseptyce*; Doc. Dr. Gabryszewski wyjechał na dalsze studya z zakresu ortopedyi.

Pomieszczenie dla klinik ocznej i dermatologicznej daje szpital główny. Klinika dermatologiczna zajmie na I piętrze w prawem skrzydle dziesięć ubikacyj, prócz sali wykładowej i mieszkania dla asystenta; oczna zajmie parter w temże skrzydle. Gmach szpitalny, ongi klasztor Pijarski, do którego z biegiem czasu dobudowano skrzydła i dwie wspaniałe baszty na to, co w każdym mieszkalnym domu niewątpliwie jest koniecznem, jednak ze względu na zmysł powonienia nie na samym froncie, ale gdzieś na uboczu stawiać się zwykło, — gmach ten w ostatnich czasach zaczyna nabierać pozoru szpitala. Dzieje się to jednak dzięki sprężystości administracyjnego zarządu szpitalnego, który, wśród nieprawidłowych tutejszych stosunków, nie tylko wyłamał się z pod kierunku lekarskiego, ale bodaj, że nawet tym ostatnim zawładnął. To też ulepszenia, o których mowa, dotyczą więcej formy niż treści, ograniczają się na malowaniu kurytarzy i ozdabianiu ich stylowemi latarniami.

Jużto w ogóle kierunek zarządu szpitalnego przechodzi zwolna ale systematycznie w niefachowe ręce. Służbę szpitalną, kuchnię, magazyny, a nawet aptekę oddano w odpowiedzialność i pod zarząd zakonnic. Zakonnic tych w szpitalu lwowskim niczem skłonić nie można do tego, by do kuchni przyjęły zawodowe kucharki. Oddanie im zaś apteki spowodowało, że jeżeli lekarz dyżurny zapotrzebuje w nocy czegoś z apteki, którą zakonnice pod wieczór zamykają, powinien, w myśl instrukcyi dyrektora, wyszukać „siostry czuwającej“, którą żartobliwie latającym Holendrem przezwano, bo obowiązkiem jej jest odwiedzać w towarzystwie dozorczyni wszystkie sale szpitalne; zjawia się też jak duch i ginie znowu jak cień. Odszukana „siostra czuwająca“ budzi „siostrę aptekarkę“, która wyrokuje, czy chce i może zapisane lekarstwo sama wydać, czy też należy odszukać

i zbudzić aptekarza, który w takim razie w jej obecności środek potrzebny przygotowywuje; poczem się znowu aptekę na dwa spusty zamyka.

Z tem wszystkiem chorych nie brak, przepełnienie stałe i lekarze, których w szpitalu pracuje obecnie wraz z bezpłatnymi 32, prócz dyrektora, mają dość pracy, by swym obowiązkom podołać. Bo też we Lwowie, prócz szpitalika św. Zofii, przeznaczonego dla dzieci i szpitala izraelickiego, niema więcej zakładów publicznych leczniczych. Zakłady przy ulicy Kurkowej i Kopernika, zakład Bilińskiego, to wszystko przytuliska dla ozdrowieńców lub zniedołężniałych.

O szpitalu izraelickim, który w blizkiej przyszłości, dzięki ofiarom swej gminy i jej jednostek, ma przybrać kształty zewnętrznie i wewnętrznie wspaniałe, a nowożytne, pomówię kiedyindziej; dzisiaj pilniejszą rzecz mam na porządku dziennym.

Pod koniec tego stulecia, które wyspecyalizowało najdrobniejsze gałązki naszej wiedzy, grono lekarzy lwowskich „powzięło myśl stworzenia instytucyi, którąby dawała możność lekarzom tak zw. praktycznym ciągłego kształcenia się w swej sztuce i rozszerzania swej wiedzy po za granice ciasnego kręgu, w którym zamyka każdego z nich obrana przezeń specyalność“. Potrzebnego im w tym celu materyału ma dostarczyć bezpłatne ambulatoryum dla ubogich chorych, z którego, o ile to tylko w praktyce możebnem, korzystać mają wspólnie, pouczając i objaśniając się wzajemnie. Przeszłość ostrzegła ich, na jakie zarzuty i podejrzenia naraża zakładanie bezpłatnych ambulatoryów; to też statut swój obostrzyli różnymi przepisami, mającymi na celu „omijanie skrupulatne wszystkiego, czemby można zadrasnąć prawidła etyki zawodowej, a więc w pierwszej linii wszystkiego, coby tracić mogło reklamą lub ringiem poszczególnych członków“. Wreszcie, aby się nie narazić na zarzut robienia konkurencyi istniejącej tu lecznicy bezpłatnej, zwrócili się najprzód do niej w hektografowanej odezwie, z której czerpię me cytaty, a w której proponują tejże lecznicy, by zmieniła swój statut obecny o kierunku czysto humanitarnym, na taki, jak oni projektują, przez co, bez rozdrabniania sił, powstałaby we Lwowie instytucya, o jakiej marzą, a „dla każdego z nich nadarzyłaby się sposobność starania się o przyjęcie do niej w myśl paragrafów, orzekających o przyjmowaniu nowych członków“.

Dopiero też otrzymawszy od lecznicy odpowiedź, że jej członkom dobrze z tem co mają i że żadnych zmian nie pragną, puścili się sami na bystre wody i wnieśli do Namiestnictwa o zatwierdzenie statutu. Co do mnie, życzę im jak najlepiej; jako sprawozdawca nie mogę jednak przemilczeć, że pozytywiści zarzucają im zbyt idealne zapatrywanie się na świat i ludzi, twierdząc, że z tych ostatnich lekarze najmniej nadają się do wspólnej i zgodnej pracy. Czekajmy niech czas sprawę osądzi.

O lecznicy, o której kilkakrotnie wspominałem, kroniki tutejszych dzienników podały następujący komunikat:

„„Kamienica lekarzy. Lekarze, ordynujący w lwowskiej „Bezpłatnej lecznicy powszechnej“, nabyli na wspólną własność kamienicę w uznania godnym celu urządzenia w niej wszelkim wymogom higieny odpowiadające ambulatoryum dla chorych.

Rzadki to u nas objaw rozumnej pracy, podjętej w celach publicznego pożytku““.

Kontrakt kupna domu dla Towarzystwa lekarzy galicyjskich będzie także w tych dniach podpisany, a z pierwszym lipca Towarzystwo obejmie dom w posiadanie.

Dzisiejszą korespondencyę kończę, a w następnym liście obiecuję rozpisać się szeroko o Towarzystwie ginekologicznem, którego prezesem jest Prof. Czyżewicz, i wspomnę o większej pracy o grypie (influency), którą podobno jeden z prymaryuszów podjął.

W marcu 1898. *Dr. Verax.*

IX. Zbrodniarze zwyrodniali a Sądy karne.

Podał

Dr. W. Jasiński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 15).

A jakże dochodzi antropologia kryminalna do owych danych, które jej pozwalają wnioskować, że pewne indywiduum posiada charakter taki, który je usposabia do zbrodni?

Oto bada ona czyny tego indywiduum, jako objaw życia umysłowego, a następnie bada także narząd umysłu, t. j. mózg. Środkami zaś do tych badań są: nauka o umyśle ludzkim, opierająca się na psychologii, psychofizyce, tudzież na naukach socyologii i filozofii nowoczesnej. Powtóre: porównawcza anatomia mózgu. W celach kryminalno-antropologicznych porównuje ona mianowicie mózgi zbrodniarzy z mózgami ludzi poczciwych i z mózgami takich zwierząt drapieżnych, u których budowa mózgu jest podobna do mózgu zbrodniarzy. Po trzecie: kraniometrya, a po czwarte: kefalometrya. Te dwie ostatnie doktryny są dlatego ważne, ponieważ doświadczenie uczy, że atypowa budowa mózgu objawia się bardzo często także atypowością czaszki i głowy.

Jest tedy nadzieja, że przyszłe społeczeństwa będą lepiej dbały o bezpieczeństwo swoje, niż to czynią teraźniejsze, a skutkiem tego będą w przyszłości także sędziowie postępować odpowiedniej, niż teraz. Teraz sędzia troszczy się jedynie o to, czy podsądny jest winny; w przyszłości zaś będzie się troszczyć przedewszystkiem o to, czy nie jest on niebezpiecznym dla ustroju społecznego. Powtóre: teraz troszczy się sędzia tylko o poczytalność podsądnego, tj. o to, czy nie jest on upośledzony na umyśle; w przyszłości będzie się troszczyć także o upośledzenie etyczne, estetyczne i o upośledzenie co do animizmu, bo będzie wiedział, że niebezpiecznym czyni człowieka nietylko upośledzenie intelektualne, ale także upośledzenie co do wyobrażeń etycznych, co do uczuć estetycznych i co do energii woli.

Także z nałogowymi złodziejami będą przyszli sędziowie postępować inaczej, niż postępują teraźniejsi. Teraz sądy bawią się niejako z tymi złodziejami, bo wnet łapią ich i zamykają, wnet puszczają na wolność. W przyszłości uczynią nałogowego złodzieja od razu na zawsze nieszkodliwym, deportując go, lub zamykając w zakładzie dla zwyrodniałych.

Zachodzi teraz pytanie, czy nie dałoby się już teraz ulepszyć postępowanie ze zbrodniarzami?

Owszem. Ulepszenia w tym względzie są już i teraz możebne, należy tylko przypominać ludziom tę tak prostą i tak jasną prawdę, że ze zbrodniarzami należy postępować tak, jak tego wymaga bezpieczeństwo publiczne.

A któż ma zająć się przypominaniem tej prawdy?

Aby na to pytanie odpowiedzieć, należy wprzód odpowiedzieć na pytanie: Kto dał powód do owego ruchu, który od kilku dziesiątek lat w świecie uczonych, zwłaszcza we Włoszech, w Niemczech, w Belgii, a nawet i w Rosyi spostrzegać się daje, który coraz większe zatacza koło, który się objawia przedewszystkiem na międzynarodowych zjazdach lekarzy, antropologów i przyrodników, a którego dążeniem jest wykazać, że dzisiejsze sądownictwo nie stoi na wysokości swego zadania, potrzebuje przeto reformy. Otóż powód do tego ruchu reformacyjnego dali lekarze. Teraz biorą w tym ruchu udział także inne stany, a między tymi i prawnicy, zwłaszcza tacy, którzy znają nietylko paragrafy prawa, ale są obznajomieni gruntownie także z historyą i filozofią prawa, dalej z antropologią powszechną i kryminalną, tudzież z socyologią i filozofią pozytywną. Prawnicy tedy z tak szerokim horyzontem wiedzy biorą teraz czynny udział w ruchu, o którym tu mowa; ale inicyatorami tego ruchu byli lekarze. Ztąd też także w przypominaniu wspomnianej prawdy powinni lekarze przewodnią odgrywać rolę, gdyż mają najlepszą do tego sposobność przy wydawaniu

orzeczeń sądowo lekarskich. W orzeczeniach tych należałoby zwracać uwagę sędziów na takich zbrodniarzy, którzy są stygmatyzowani i należałoby z naciskiem podnosić konieczność wykluczania ich z ustroju społecznego. Gdyby to nie odnosiło skutków zamierzonych, natenczas należałoby omawiać takie sprawy w towarzystwach lekarskich, albo przynajmniej w czasopismach sądowo-lekarskich. Tym sposobem zwracalibyśmy na tę rzecz uwagę tych osób, których obowiązkiem jest dbać o dobro społeczeństwa, wśród którego żyją. Do takich osób należą: Prezydenci Sądów wyższych, Prezydenci miast i członkowie Wydziałów Sejmowych.

Pozostaje jeszcze wymienić choć niektóre z owych dzieł, które się tym przedmiotem zajmują.

Literatura tego przedmiotu jest wcale bogatą, mianowicie włoska, którą tu na razie pomijam, i niemiecka. Z niemieckich lekarzy, pracujących na polu antropologii kryminalnej, jest według mego przekonania najgorliwszym i najpłodniejszym prof. Benedikt w Wiedniu. Niech mi będzie wolno wymienić tu tylko główniejsze z dotyczących prac jego:

Die Seelenkunde des Menschen als reine Erfahrungswissenschaft. Leipzig, 1895.
The moral insanity und its relations to criminalogy.
Biologie und Kriminalistik.
Anatomische Studien an Verbrechergehirnen.
Kraniometrie und Kephalometrie.
Nouvelle contribution à l'anatomie comparée du cerveau.
Les grands criminels de Vienne.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 14 Kwietnia.

* Nawiązując do uwag, zawartych w dzisiejszej korespondencyi „Veraxa“, wyznać należy, że z chwilą, w której lwowski Wydział lekarski powołany został do ostatecznego obsadzenia katedr brakujących, codzienne dziennikarstwo lwowskie, snać żywo zainteresowane sprawami Wydziału, poczęło często i szczegółowo informować swych czytelników o rzekomych uchwałach grona profesorskiego. Żałować jednak należy, że informacye te okazały się bezpodstawne, a ten jeden fakt, że wszystkie ogłoszone terna były niedokładne, świadczy o pozawydziałowem pochodzeniu źródła tych informacyj. Również z poza Wydziału chyba została poczerpnięta wiadomość, podana w ostatnich dniach przez dzienniki lwowskie, a powtórzona przez niektóre krakowskie, że „klinika chorób dzieci na lwowskim fakultecie medycznym nie mogła dotąd zostać otwartą z powodu braku odpowiednich kandydatów na tę katedrę i t. d.“; tylko zupełną nieświadomością stosunków można sobie wytłómaczyć zapoznanie 25-letniego istnienia krakowskiej kliniki pedyatrycznej, z jej naukową i dydaktyczną działalnością, z szeregiem w niej wykształconych, a zaszczyt tej szkole przynoszących, pedyatrów, z których grona krakowski Wydział lekarski mianował przed rokiem docenta chorób dzieci. Po tym dowodzie braku dokładnych informacyj o stosunkach najbliższych, nie dziwi już nas, że reporterstwo dzienników lwowskich nic nie wie o innych, dalszych, ogniskach umysłowego życia lekarzy polskich. Nam się zdaje, że dzienniki spełniłyby swe zadanie pożyteczniej, gdyby się zrzekły bezowocnego i tendencyjnego wysuwania i zalecania kandydatów na katedry uniwersyteckie, a przekazały tę troskę Wydziałowi lekarskiemu, do którego w tym względzie należy mieć bezwzględne zaufanie.

* Dziekan Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę demonstratora przy katedrze farmakologii, z płacą roczną 300 złr. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lek. do dnia 24 b. m.

* Staraniem „Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich“ w Krakowie wyjdzie wkrótce praca Dra Wilhelma Piska pod tyt. „Zasady leczenia wad zastawkowych i zwyrodnień mięśnia sercowego“. Jest to część I obszerniejszego dzieła: „Leczenie chorób serca i naczyń krwionośnych (chorób narządu krążenia)“. Praca ta, obok zapowiedzianych, a w r. bieżącym wyjść mających, książek prof. Jaworskiego i Wachholza, świadczy nie tylko o pożytecznej, lecz i o wzmożonej działalności krakowskiego Stowarzyszenia około rozwoju lekarskiego piśmiennictwa polskiego.

* „Gazeta lekarska“ w Nrze 15 donosi: Redaktorem „Medycyny“, po ustąpieniu kol. Dobrzyckiego, wybrany został przez współwłaścicieli tegoż pisma kol. Michał Sadowski.

* W Warszawie powstaje „Towarzystwo opieki nad nieuleczalnymi chorymi“. Dotychczasowy fundusz Towarzystwa wynosi 31,000 rsr. Naczelnym lekarzem wszystkich zakładów tego stowarzyszenia jest Dr. Chrostowski.

* Dr. Stanisław Zasacki przeniósł się z Kańczugi (pod Przeworskiem, powiat Łańcucki) do Leżajska, w tym samym powiecie.

Donoszą nam, że w Kańczudze może osiedlić się lekarz z widokami wcale dobrego powodzenia materyalnego.

* Senat akademicki czeskiego uniwersytetu w Pradze wniósł podanie do ministra oświaty o założenie drugiej czeskiej wszechnicy na Morawach.

* Wiedeński wydział lekarski miał w zimowem półroczu 2580 słuchaczów: 1508 zwyczajnych, 306 nadzwyczajnych, 766 uczęszczających (frekwentantów); względnie do przeszłorocznego półrocza zimowego mniej o 172.

* Pan Franciszek Dubler, sekretarz Rady powiatowej w Kolbuszowej, wydał „Przepisy o akuszerkach, wraz z rozporz. Ministerstwa z d. 10 września, 1897 r. Nr. 216, Dz. U. pań., dotyczącem nowej instrukcyi służbowej dla akuszerek“. Zwracamy uwagę na tę pożyteczną pracę, która w celach informacyjnych powinna się znaleźć pod ręką każdego lekarza praktykującego.

Mianowania: Wydział Rady powiatowej w Wadowicach zamianował d. 2 b. m. Dra Eugeniusza Łopaczyńskiego z Jaryczowa lekarzem okręgowym w Lanckoronie.

Nekrologia. Dr. Dawid Wasserzug, lat 40, zmarł w Warszawie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 4: Dra Sokołowskiego A.: W pogoni za zdrowiem. Dra Biegańskiego W.. Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej (część III). Dra Peszke J.: Roman Jasiński (wspomnienie pośmiertne. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 15: Dra Ciechomskiego A.: Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby urazowego pochodzenia. Dra Heimana T.: O utracie słuchu postępującej (dokoń.). W *Medycynie* Nr. 15: Dra Orłowskiego W.: Przyczynek do kazuistyki zakażeń jadem wścieklizny. Dra Karwackiego L.: O wartości leczniczej kreozotalu.

Redakcya otrzymała:

— Jakubowicz H.: Dlaczego chorują nasze kobiety (tłómaczenie z dziełka prof. Howitza). Warszawa, 1898.

— Dr. Lenz J.: O léčeni epididymitidygonorhoické guajakolem. Praga, 1897.

— Dr. Biernacki E.: Zur Aetiologie der functionellen Neurosen (Hysterie und Neurasthenie), 1898.

— Dubler Fr.: Przepisy o akuszerkach itd., dotyczące nowej instrukcyi służbowej dla akuszerek. Kraków, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 20-go Kwietnia, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“, w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Sprawy administracyjne.

2) Kol. prof. Browicz mówić będzie: „O mięsieniu błony śluzowej jamy nosowogardłowej“.

Do numeru niniejszego dołącza się dodatek **„Szczawnica“**.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 23 Kwietnia 1898 Nr. 17.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O syringomyelii.

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

prymaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Rzecz wypowiedziana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 23. marca 1898).

Przypadek syringomyelii, który dziś miałem zaszczyt przedstawić, należy do bardzo rzadkich spraw chorobowych, spostrzeganych dotychczas w naszym kraju, — a o ile mnie wiadomo, jest on pierwszym, jaki dotychczas w Krakowie ściśle badano i przedstawiono na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego. Pozwólcie zatem Panowie, iż przy tej sposobności dotknę kilkoma słowy tego przedmiotu ze stanowiska anatomo patologicznego, etyologicznego i klinicznego, uwzględniając obecny stan nauki.

Przez syringomyelię [1]) rozumiemy sprawę patologiczną, polegającą na wytworzeniu się jamek lub szpar pośród istoty szarej rdzenia pacierzowego. Jamki te w rdzeniu pacierzowym mogą być jużto wrodzone, jużto nabyte w życiu pozapłodowem. Przyglądając się bliżej tym jamkom na stole sekcyjnym, widzimy, iż one różnie się zachowują ze względu na usadowienie, kształt, ścianę i treść. Zazwyczaj usadawiają się one w rdzeniu przedłużonym lub w części szyjnej i piersiowej rdzenia pacierzowego; rzadko zaś, jak n. p. w przypadku Brascha [2]), znajdują się w dolnej części rdzenia pacierzowego. W bardzo zaś rzadkich przypadkach zajmują one prawie całą długość rdzenia pacierzowego, poczynając się na dnie komórki czwartej, a kończąc się w tak zwanym stożku końcowym (Conus terminalis), przez co rdzeń przybiera niejako wejrzenie fletu (Ollivier) [3]).

Wielkość tych jamek w istocie szarej rdzenia pacierzowego jest różna: zwykle dochodzą wielkości małych orzechów laskowych lub tureckich i wydłużają się w wymiarze podłużnym. W przeważnej liczbie przypadków ściana jamek okazuje wewnętrzną powierzchnię gładką i składa się z tkanki zbitej, wśród której drobnowidowo można dostrzedz komórki wielowypustkowe, istotę międzykomórkową włóknistą, poodosabniane kuleczki tłuszczu, tudzież zgrubiałe naczynia krwionośne. Ściany tych zgrubiałych naczyń krwionośnych są dość kruche, na co wskazują wynaczynionki w tkance lub we wnętrzu jamek. W innych przypadkach jamki znajdują się pośród masy żelatynowej, szaro przeświecającej, składającej się z galaretowatej istoty międzykomórkowej i komórek okrągłych.

Na wewnętrznej ścianie jamek znajduje się jużto przybłonek wałeczkowy, podobny jak w kanale środkowym rdzenia pacierzowego, jużto brak jego, a naówczas udaje się stwierdzić zapomocą azotanu srebrowego zarysy komórek, jakby śródbłonkowych.

W jamkach znajduje się zwykle treść surowicza, czysta; rzadko mętnawa, galaretowata lub krwawo zabarwiona.

Niektórzy patologowie, jak n. p. Birch-Hirschfeld [4]), Simon [5]) odróżniają pojęcie syringomyelii od t. zw. hydromyelii. Ta ostatnia sprawa chorobowa stanowi analogię z wodogłowiem wewnętrznem mózgu (Hydrocephalus internus) i polega na rozszerzaniu prawie jednostajnem kanału środkowego rdzenia pacierzowego i wypełnieniu treścią surowiczą. Rozszerzenie to może być tak znaczne, iż istota szara rdzenia prawie w zupełności zanika. Wówczas rdzeń, po wyjęciu z kanału pacierzowego, wskutek wypływu treści surowiczej, zapada się rynienkowato, lub ulega zupełnemu nawet spłaszczeniu. W przypadkach syringomyelii, gdzie co najwyżej wytworzyć się może stek jamek pośród istoty szarej rdzenia pacierzowego, rdzeń nie zapada się po wyjęciu z kanału kręgowego.

Do niedawnego czasu mała liczba badaczy, tak patologów jak i klinicystów, zajmowała się syringomyelią. Wprawdzie o pojawianiu się jamek pośród istoty rdzenia pacierzowego, wspominają już Bonnet i Morgagni, to jednak właściwie dopiero ze stanowiska naukowego pierwszy zwrócił na nią uwagę Ollivier w r. 1837. Później zanotować należy nazwiska Leydena [6]), Langhanza [7]), Staddelmanna [8]), Hoffmanna [9]), Eichhorsta [10]), Fr. Schultzego [11]), Simona [12]), Westphala [13]), Chiarego [14]), Hallapeau [15]) itd..., którzy zajmowali się bliżej przyrodą syringomyelii ze stanowiska etyologicznego i anatomopatologicznego. Pierwsze bowiem przypadki kliniczne, datujące się od r. 1882, łączą się z nazwiskami Kahlera [16]) i Schultzego.

W sprawie patogenezy syringomyelii istnieją różne spostrzeżenia. I tak Chiari i Leyden odnoszą powstawanie jamek do zawiązków życia płodowego, powstałych przez czę-

[1]) Kaufmann. Lehrbuch der pathologischen Anatomie.

[2]) Sitzung des Vereines für innere Medizin. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 49, 1897.

[3]) Traité des mal. de la möelle épinière. Paris 1837 w Birch-Hirschfeld's Lehrbuch der pathol. Anat.

[4]) Birch-Hirschfeld. Lehrbuch d. patholog. Anat.

[5]) Archiv. f. Psychiatrie V.

[6]) Virchow's Archiv 1876 LXVIII p. 1.

[7]) Virchow's Archiv LXXXV.

[8]) Deutsches Archiv. f. klin. Med. XXXIII.

[9]) Zeitschrift f. Med. XXXIV.

[10]) Archiv f. exper. Pathol. 1874.

[11]) Virchow's Archiv 87 i 102.

[12]) Archiv f. Psychiatrie V.

[13]) Tamże.

[14]) Prager Zeitschrift f. Heilkunde.

[15]) Gaz. méd. de Paris 1870.

[16]) Prag. med. Wochensch. 1882 i 1888.

ściowe odsznurowanie ściany kanału środkowego rdzenia pacierzowego, a mianowicie w tych przypadkach, w których powierzchnia wewnętrzna jamki wyścielona jest przybłonkiem wałeczkowatym, podobnie jak w kanale środkowym rdzenia pacierzowego. Westphal i Simon zwracają uwagę na związek syringomyelii z powstawaniem nowotworów sporniakowych (neurogliomata) w rdzeniu pacierzowym. Według Hoffmanna syringomyelia powstaje przez rozmiękczenie ognisk tkanki sporniakowej (neurogiii) i to tej tkanki, która w życiu płodowem nie została zużytkowaną. Wskutek np. urazu ulegają te ogniska, zbłąkane z życia płodowego, podrażnieniu, bujają i, przez rozmiękczenie środkowych części takiego wybujałego ogniska, wytwarzać się ma następnie jamka. Staddelmann odnosi powstawanie syringomyelii do krwotoków w istocie szarej rdzenia pacierzowego (Myelorrhagia), a Hallapeau, Joffroy — do ognisk zapalnych (Myelomalacia) w następstwie urazu. Sachser zauważył powstanie syringomyelii w następstwie zapalenia nagminnego opon mózgowo-rdzeniowych, a Schultze — w następstwie duru brzusznego.

Na XII. międzynarodowym kongresie lekarskim, który się odbył w roku ubiegłym w Moskwie, poruszył w odczycie Fr. Schultze [17]) sprawę syringomyelii, zestawiając dotychczasowy materyał anatomiczny i kliniczny. Ponieważ praca ta dla nas nie może być obojętną, zważywszy na zasługi autora, znającego dzisiaj najlepiej niezawodnie sprawę syringomyelii, uważam za stósowne przytoczyć główne jego zapatrywania. Przedewszystkiem zwraca uwagę Schultze, iż do dziś dnia istnieją autorowie, jak n. p. Sachser, którzy utrzymują, że nazwa syringomyelii nie oznacza właściwie żadnego anatomicznego pojęcia. Nie wskazuje też ona według Schultzego, na jakość spraw chorobowych, które powodują wytwarzanie się jamek lub szpar pośród istoty szarej rdzenia pacierzowego. Schultze zalicza t. zw. „hydromyelus“ do syringomyelii.

Aby odpowiedzieć na pytanie, jakie sprawy wywołują syringomyelię, t. j. co powoduje tworzenie się jam w rdzeniu pacierzowym, przechodzi Schultze cały materyał kliniczny i anatomiczny — i dochodzi do wniosku, iż syringomyelia występuje w rdzeniu pod względem anatomicznym w pewnych głównych odmianach:

1) Obraz sekcyjny w przebiegu klinicznej syringomyelii stwierdza obecność t. zw. „hydromyelus“, do którego dołączać się zwykły: wodogłowie (Hydrocephalus internus) i różne zniekształcenia utworowe mózgu i rdzenia, polegające jużto na niewykształceniu się (aplasia), jużto na nadmiernem rozwinięciu się (hyperplasia) pewnych części mózgu i rdzenia. Niekiedy występuje powikłanie z tak zwaną tarnią dwudzielną, (spina bifida), jak to w jednym przypadku Schultze opisał. Ta forma anatomiczna może nie pociągać za sobą niekiedy cechujących objawów klinicznych.

2) W małej liczbie przypadków, obok wydłużonej szpary lub jamki w rdzeniu, znaleźć można przy oględzinach pośmiertnych i typowy nowotwór z tkanki sporniakowej (neuroglioma) w postaci wydłużonych sporniaków. (Gliomatosis). Niektórzy autorowie, chociaż niesłusznie, chcą wykluczyć te przypadki od pojęcia syringomyelii. Odnośna część rdzenia pacierzowego okazuje naówczas obrzmienie.

3) Przypadki, w których obok wydłużonych jamek znajdują się naokoło silnie rozbujałe komórki neuroglii, i włókna neuroglii, ale nie w tak znacznej ilości, jak w drugiej gromadzie. Tę postać rozwoju neuroglii, aby zaznaczyć, iż tu chodzi tylko o nieznaczny rozwój guza pośród istoty szarej rdzenia pacierzowego, zwie Schultze „Gliosis“.

4) Przypadki, gdzie ilość komórek tkanki sporniakowej naokoło jamek jest tak nieznaczna, iż nie można mówić o bujaniu jej, lecz tylko o zwyrodnieniu istoty szarej rdzenia pacierzowego na koszt tkanki podścieliskowej, która tem samem na plan pierwszy występuje.

5) W pewnej liczbie przypadków w przebiegu syringomyelii obraz anatomiczny przemawia, obok zajęcia istoty szarej, za zwyrodnieniem jużto sznurów bocznych, jużto tylnych, rdzenia pacierzowego, a wreszcie

6) i za powikłaniem z przewlekłem zapaleniem opon rdzeniowych (Pacchy-lepto-meningitis chronica).

Również i patogeneza w syringomyelii nie przedstawia tła jednolitego; należy odnieść 1) pewien odsetek do anomalij utworowych; 2) pewien znowu do nowotworów sporniakowych (Gliomatosis) lub gliosis; 3) do urazu i następowego rozmiękczenia ogniskowego rdzenia pacierzowego; 4) do spraw chorobowych, połączonych z zarośnięciem (obliteracya) naczyń krwionośnych; 5) do chorób zakaźnych; 6) poniekąd do następstw zastoju żylnego w kanale pacierzowym, jak w przypadku Langhanza, wskutek guzów, znajdujących się w trzeciej zatoce na podstawie czaszki lub w kanale pacierzowym (Kronthal), upośledzających odpływ krwi żylnej.

Szczególnie zwraca Schultze uwagę na występywanie syringomyelii po urazach znaczniejszych, połączonych z krwotokami w istocie szarej rdzenia pacierzowego. Przemawia zatem ta okoliczność, że ogniska urazowe, wybroczynowe i rozmiękczynowe najczęściej się umiejscowiają poza kanałem środkowym rdzenia i to w pobliżu przednich odcinków tylnych sznurów, tudzież, że według badań Léviera i Minora, krwotoki w rdzeniu mogą się rozpościerać na długich przestrzeniach, zarówno w przedniej jak i tylnej części istoty szarej rdzenia — i okazywać charakter t. zw. krwotoków rurkowatych (Röhrenblutungen). Przemawia zatem i przypadek Thomasa, gdzie 5-letnie dziecko, które po ciężkim porodzie przyszło na świat w zamartwicy (asfiksyi) okazywało objawy syringomyelii, jak nie mniej obecność resztek dawnego barwika w ścianach jamek, którego pochodzenie do poprzedniego znaczniejszego wynaczynienia odnieść należy.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do operacyjnego rozszerzania ujścia zewnętrznego i szyjki macicznej.

podał

Dr. Władysław Hojnacki.

(Rzecz przedstawiona na posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic. w dniu 26. marca 1898).

Jeżeli się przypatrzymy wynikom przeróżnych zabiegów operacyjnych, mających na celu rozszerzenie ujścia zewnętrznego i szyjki macicznej, tak skrzętnie zestawionych i właściwej krytyce poddanych przez Doc. Dra A. Rosnera

---

[17]) Berl. klin. Woch. 1897. Nr. 39 i 40.

w 1 i 2 N. N. *Przeglądu lek.* z roku zeszłego, to przyznać musimy, że rzadko tylko wyniki te stoją w proporcyonalnie dodatnim stosunku do zachodów i starań ze strony lekarza a korzyści ze strony operowanej.

Wszystkie bowiem, raz jedne, to znowu drugie, posiadają wady, które dają się zebrać w cztery następujące zarzuty:

1) że płytko przecięte wargi części pochwowej zrastają się napowrót, sprowadzając tylko niepotrzebnie blizny;

2) że po głębokich nacięciach, jeżeli brzegi się nie zrosną, powstaje zniekształcenie części pochwowej, a nieraz i powód do następowych cierpień (ectropium);

3) że wymagają bardzo dokładnego i nieraz bardzo długiego leczenia następowego;

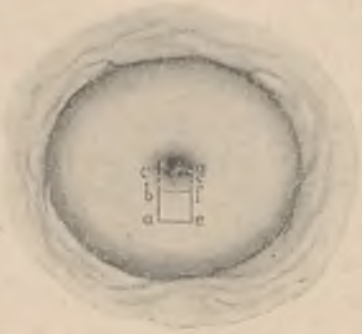
4) że w najlepszym razie nie rozszerzają, lecz tylko przemieszczają wyżej ujście zewnętrzne, co może zadośćuczynić celowi, jeśli ujście zewnętrzne samo tylko jest zwężone, a szyjka balonowato rozdętą, lecz nie wystarcza tam, gdzie i szyjka jest zwężoną.

Nie wszystkim też warunkom odpowiada metoda Rosnera-Marsa (Nr. 2 i 4 *Przeglądu lek.* 1897), jakkolwiek bezwzględnie najlepiej chroni przed powtórnem zrośnięciem się miejsc przeciętych. Bo, jak to sam przekonać się mogłem w 3 niedawno operowanych przypadkach, nie zawsze się ona dokładnie udaje. Sam płatek okrojony ma dążność kurczenia się, co może pociągać za sobą konieczność wysokiego przecinania (sam autor to l. c. przyznaje); szew przeprowadzony za radą autora przez całą długość płatka, (by umożebnić przyleganie), pomijając już trudności techniczne, połączone z wkłówaniem igły w wązkiem już przez się ujściu i płatku, nierzadko przecina, udaremniając nasze zabiegi; wreszcie metoda ta nie rozszerza, ale również przemieszcza tylko ujście zewnętrzne ku górze.

Z tych przeto powodów, jakkolwiek metoda Rosnera-Marsa z dotychczasowych jest bezwzględnie najlepszą, — sądziłem, że w niektórych przynajmniej przypadkach można sobie postąpić inaczej.

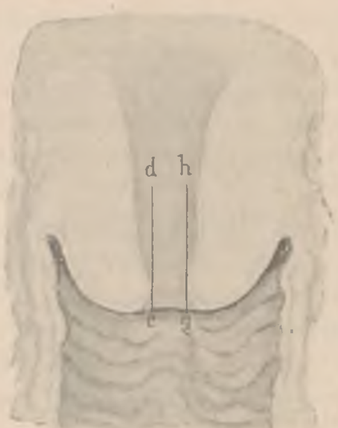
Po wypróbowaniu na zwłokach, zachęcony pomyślnymi wynikami, przedstawiam następujący sposób postępowania:

Po ściągnięciu części pochwowej kleszczykami, wsuwa się nożyk prosto w ujście zewnętrzne, trzymając się strony lewej (tuż przy ścianie bocznej); a gdy już koniec jego znajduje się wewnątrz na $1^1/_2$—3 ctm., pochyla się trzonek ku dołowi i przecina wargę tylną w miejscu *a c* (Rys. I), *c d* (Rys. II); poczem równolegle do pierwszego, a w odległości 4—8 mm., trzymając się teraz strony prawej, robi się drugie takie same cięcie *e g* (Rys. I), *g h* (Rys. II). Każde z tych dwóch nacięć, im bliżej ujścia zewnętrznego, tem głębiej nacina wargę tylną, tworzy zatem trójkąt z podstawą ku przodowi. Obecnie, przytrzymując szczypczykami, wbija się nożyk płasko (w punkcie *f* na Rys. III, a literami *b f* na Rys. I oznaczonym) i, idąc nim równolegle do osi przewodu części pochwowej, łączy się poprzednie 2 cięcia



Rys. 1.

cięciem poprzecznem *b f* (Rys. I), *f k* (Rys. III). Innemi słowy, oddzielamy błonę śluzową szyjki z tkanką mięsną na grubość 1—3 mm., pozostawiając temu płatkowi szypułę (przyczepienie) wewnątrz szyjki. Gdy teraz, wkłówszy nożyk w miejscu *a e* (Rys. I), *e* (Rys. III), przetniemy, kierując się końcem nożyka zbieżnie ku poprzedniemu cięciu, — to już łatwo możemy wyeliminować szczypczykami całkowicie odcięty klin *f k e* (Rys. III), a brzeg płatka *g f* przyszyć jednym szwem katgutowym do *a e* (Rys. I). Ujście teraz przedstawi się nam jak na Rys. IV.



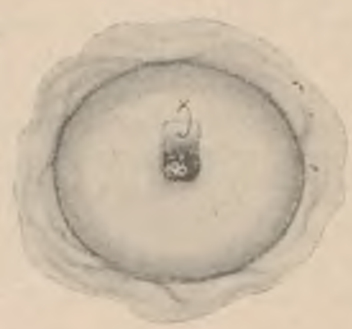
Rys. 2.

Stósownie do wysokości wyjętego klina, a zatem, im większą będzie odległość *f e* (Rys. III) naznaczona, tem większe otrzymamy rozszerzenie ujścia zewnętrznego. Toż samo, im dłuższe będą cięcia na Rys. III literami *f k* i *e k* oznaczone, tem wyżej szyjkę także rozszerzyć możemy.



Rys. 3.

W miarę potrzeby możnaby ten sam zabieg wykonać i na wardze przedniej, względnie robić go po bokach, jak to przy dawnej dyscysyi jest w użyciu; chociaż w obec tego, że przy zwężeniach spotykamy się zazwyczaj i z silnem przegięciem macicy ku przodowi, zabieg powyższy, rozszerzający lejkowato szyjkę, wykonany od dołu, łagodziłby do pewnego stopnia ten kąt przegięcia szyjki (co oczywiście w wyższym stopniu osiągało przecięcie wargi tylnej metodą Simsa). W tem też miejscu najłatwiej można go wykonać, a żadnych obciążających a słusznych okoliczności przeciw zabiegowi na dolnej wardze przytoczyć nie można.



Rys. 4.

Dodać jeszcze dla dokładności winienem, że prowadząc cięcie na Rys. III literami *f k* oznaczone, należy koniec nożyka kierować raczej ku dołowi, a nie ku szyjce macicznej, możnaby bowiem

odciąć cały płatek, mający być przyszytym, pozbawić go szypuły, co oczywiście udaremniłoby cały zabieg.

I to także podnieść wypada, że gdy ujście zewnętrzne jest tak wązkiem, że nie można zrobić dwóch równoległych a przynajmniej o 3—4 mm. od siebie odległych nacięć, (co się bardzo rzadko zdarza, jak to miałem sposobność się przekonać), to najprzód potrzebaby rozciągnąć go do Nru 5 rozszerzadeł Hegara, albo ułatwić sobie czynność nacięciami drobniutkiemi z boków.

Co do leczenia następowego, to skrawek gazy jodoformowej, wsunięty w lejkowato obecnie rozszerzoną szyjkę, przytrzymuje dokładnie powierzchnie okrwawione i przez zetknięcie się umożliwia ich przyrośnięcie.

Nie przeceniając *a priori* wartości powyższego drobnego zabiegu, pozwoliłbym sobie tylko teoretycznie podnieść następujące jego zalety:

1) rozszerza ujście zewnętrzne i szyjkę maciczną odpowiednio do wysokości i głębokości wyciętego kawałka, a nie sprowadza nawrotu;

2) nie zniekształca części pochwowej, nie tworzy żadnych wrębów, blizna natomiast jest linijna;

3) nie tylko rozszerza, ale i łagodzi kąt przegięcia szyjki macicznej;

4) zabieg jest bardzo łatwym (o czem przekonać się można bodaj na odcisku z chleba lub wosku), dającym się uskutecznić w 3—5 minutach. Wązki prosty nożyk, szczypczyki i maleńka zakrzywiona igiełka, to całe potrzebne instrumentarium;

5) leczenie następowe b. proste i krótkie.

W końcu niech mi wolno będzie podziękować za zachętę do przedstawienia tej drobnostki JW. Radcy Dworu, Prof. Rydygierowi.

III. Róg skórny powieki.

Napisał

Dr. Teodor Ballaban,

okulista we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Zanim na podstawie powyżej opisanych przypadków, uczynię kilka uwag co do sposobu powstawania rogów skórnych, uważam za stósowne wspomnieć w krótkości o dotychczasowych zapatrywaniach na ten przedmiot.

Pierwotne zdanie o mieszkowem powstawaniu (genesis follicularis) rogów skórnych, mianowicie z kaszaków, skórzaków i t. p., popierane szczególnie przez Leberta [1]), oddawna już obalono. Obecnie pozostały tylko dwa zapatrywania co do powstawania rogu skórnego i te się ścierają ze sobą, a mianowicie: powstawanie z brodawek (genesis papillaris) i z naskórka (genesis epidermoidealis). Wyznawcą pierwszego zapatrywania był szczególnie Rindfleisch [2]), drugiego bronił Bätge [3]), a w ostatnich czasach także i Unna [4]). Pośrednie stanowisko w tej sprawie zdaje się zajmować Kaposi [5]), który zalicza róg skóry do zrogowaceń skóry bez przerostu brodawek (Keratosen ohne Papillarhypertrophie), ale charakteryzuje je jako wyrostki skóry o różnym kształcie, barwie i twardości, które się rozwijają na poprzód istniejących przerosłych brodawkach. Ze skóry wciska się gromada przerosłych brodawek z rozszerzonemi naczyniami (czasami tylko miernie, czasami bardzo wysoko) w istotę rogu skórnego.

Wywodami Unny [6]) musimy zająć się nieco obszerniej. Jego zdaniem róg skórny należy uważać jako nowotwór zastoju i przydzielić go do gromady t. z. rogowiaków (Keratoma). Poddał on badaniu 10 rogów skórnych i we wszystkich przypadkach przyszedł do tego samego wyniku, a mianowicie, że róg skórny powstaje zawsze na ściśle określonej i brodawkowato zmienionej podstawie, tworząc rogowiaki, posiadające brodawki i rdzeń (papillen und markhattige keratome). Badał on szczególnie t. zw. włókniaki zrogowaciałe (fibrokeratomy), to jest takie rogi skórne, które powstały ze zrogowacenia włókniaków. Przy ich powstawaniu można, wedle niego, rozróżniać dwa okresy: w pierwszym przychodzi t. zw. akantoza (t. j. wybujanie i proliferacya) równocześnie z t. zw. hyperkeratozą, przyczem nabłonek wybuja na przerosłe listwy i czopy (hypertrophische Epithelleisten u. Epithelzapfen), które wciskają się głęboko w skórę. Przytem brodawki mają być zupełnie zachowane, a uledz zmianie tylko o tyle, że się bardzo znacznie wydłużają i stają się nitkowatemi. Przypuściwszy, że w danym razie odporność brodawek jest o wiele mniejszą w stosunku do znacznie zwiększonego ucisku nabłonka, to wówczas brodawki po większej części niszczeją, lub też co najmniej zostają w najwyższym stopniu zniekształcone. Ilość brodawek w rogu skórnym zwiększa się zupełnie niezawiśle od ilości poprzednio istniejących brodawek skóry w ten sposób, że skóra przez ucisk najzewnętrzniejszej skorupy rogowej zostaje porowkowaną pojedynczemi listwami i przybłonkowymi czopami. Sama skóra nie ulega wcale zmianom zapalnym. Drugi okres jest okresem gotowego rogu i tem się charakteryzuje, że już istnieje trwała hyperkeratoza, przy coraz bardziej zmniejszającej się akantozie. W tym stanie posuwa się naprzód bujanie nabłonka znacznie powolniej, a równocześnie silne zrogowacenie pozostaje niezmiennem. Zrogowacenie jest najbardziej rozwiniętem w górnych częściach rogu, gdzie też komórki rogowe są najmocniej ze sobą spojone tak dalece, że ta najwyższa część rogu przedstawia zupełnie jednolite wejrzenie. W częściach przypodstawnych rogu między brodawkami, gdzie też warstwa rogowa najbardziej się zniża, znika warstwa ziarnista i kolczasta. W okolicy ponad brodawkami najbardziej cechującemi są istniejące tam bryły i próżne komórki (Schollen und Hohlzellen). Prócz tego przychodzi do t. zw. zwyrodnienia jądrowego „Nucleäre Degeneration“, które Unna odkrył w roku 1879, przyczem idzie o pewien wytwór zwyrodnienia, podobny do nukleiny, w którym jądro komórki znika, a komórka wypełnia się częstokroć bardzo gęsto grubemi ziarnkami i bryłkami.

Z najnowszych badań w tym kierunku wspomnieć należy tylko o pracy Mitwalskyego [7]). Chociaż i w jego przypadku przeciągały przez róg skórny wybujałe brodawki, to

[1]) Lebert. Ueber Keratose. Breslau 1864.

[2]) Rindfleisch. Handbuch der pathologischen Gewebelehre 1878.

[3]) Bätge. Zur Casuistik multipler Keratosen. Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1876 VI. p. 474.

[4]) Unna. Die Histopathologie der Hautkrankheiten Berlin 1894.

[5]) Kaposi. Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten 1887 p. 607.

[6]) Unna. l. c. p. 875 u. f.

[7]) Mitwalsky. Ein Beitrag zur Kenntniss der Hauthörner der Augenadnexa. Archiv für Dermatologie und Syphilis 1894.

mimo tego oświadcza się on za czysto naskórkowem (epidermoidealnem) powstawaniem rogu.

Powiada on mianowicie, „że tworzenie się rogu skórnego przychodzi do skutku przez czynne bujanie i pomnożenie się komórek kolczastych na ściśle określonej, po większej części już przedtem patologicznie zmienionej części skóry. Komórki te wciskają się w kształcie kolb i czopów w leżącą pod niemi tkankę łączną, przeistaczając części tej tkanki, znajdujące się między niemi, w pasy i przedziały i okalając je. Następnie od zewnątrz przychodzi do zrogowacenia komórek kolczastych, począwszy od powierzchni; zrogowacenie to posuwa się w środku kolbek komórek kolczastych w kształcie czopów ku dołowi, niemal do podstawy słupów komórek kolczastych, tak, że tylko te komórki kolczaste, które przylegają do ścianek tkanki łącznej i będące w najbliższem ich sąsiedztwie, pozostają jedynie przez dłuższy czas świeżemi i zachowanemi przed zrogowaceniem",

Co się tyczy moich przypadków to, na podstawie przeprowadzonego badania anatomicznego, muszę oświadczyć, że rogi skórne należy zaliczyć do rzędu brodawek, od których te różnią się li tylko szczególniejszym stopniem bujania naskórka i wielką intenzywnością zrogowacenia.

Sądzę, że tem śmielej mogę tak twierdzić, gdyż w 1-ym moim przypadku miałem sposobność badać trzy różne stopnie rozwoju rogu skórnego. Dwa pierwsze nowotwory wskazywały typową budowę brodawek, różniąc się od nich jedynie tylko licznymi złogami keratyny w komórkach środkowej warstwy i bardzo głęboko sięgającem zrogowaceniem powierzchownej warstwy silnie zgrubiałego naskórka. Ale także i w największym, zupełnie rozwiniętym, rogu można dostrzedz brodawki, które aż do wierzchołka były dość prawidłowe, lub też widocznie przez zatkanie naczyń przechodziły w zaschnięcie, podobne do martwicy (nekrozy) szklistej. A przecież byłoby to niemożliwem, gdyby tworzenie się rogu nie było wyprzedzone bujaniem brodawek. Co prawda, przyczyna, dla której niektóre brodawki podpadają ponownym sprawom zrogowacen'a, nie da się jeszcze oznaczyć. Najprawdopodobniejszem zdaje się, że istnieje pewne osobnicze usposobienie, zaczem przynajmniej w moim pierwszym przypadku przemawia u jednej i tej samej osoby wielokrotność brodawek, które później zrogowaciały.

Chciałbym jeszcze kilka uwag poświęcić wzrostowi rogów skórnych. Jakkolwiek przez badanie obydwóch małych rogów w moim 1-ym przypadku, jako też przez tę okoliczność, że aż do wierzchołka największego rogu w tym przypadku i w przypadku drugim, dają się wykazać brodawki, chociaż wstecznie przeobrażone, jest udowodnionem niezbicie powstawanie rogów przez bujanie brodawek i następne zrogowacenie równocześnie bujającego nabłonka, to przecież nie możemy wykluczyć w innych przypadkach możliwości powstania rogów w inny sposób — chociaż na podstawie mojego badania nie zdaje mi się takowy być prawdopodobnym.

Jeżeli następnie z opisu moich przypadków zechcemy wyciągnąć dalej idące wnioski, to zobaczymy, że w podobny sposób odbywa się również i wzrost rogu na długość i grubość. Podczas bowiem, gdy następstwem zrogowacenia wierzchołków brodawek musi być równocześnie samodzielne ustanie bujania, — gdyż jak wiemy, przez ucisk na naskórek i przez ciężkość rogu muszą wystąpić w naczyniach brodawek zaburzenia krążenia krwi, a tem samem zostaje ograniczonym ich wzrost, — to równocześnie wsuwają się od podstawy do wnętrza i obok pierwotnego nowotworu nowe brodawki (co szczególnie dobrze daje się spostrzegać na nowotworze III. przyp. 1. i w przypadku 2-gim) i dostarczają w ten sposób materyału do rośnięcia rogu na długość i grubość. Ze wreszcie i inne utwory skórne mogą współdziałać w tem bujaniu, to nic dziwnego, gdyż wiemy, że przy nowotworowem bujaniu jakiegokolwiek składnika skóry, równocześnie i inne składniki zostają do współudziału pociągnięte. W początkach zaś tworzenia się rogu w moim przypadku 1-ym (I. i II.) i w przypadku 2-gim widzimy gruczoły skóry całkiem prawidłowe, a także i w rogu wyrośniętym (III.) przyp. 1. Szczególniejszego współdziałania gruczołów wcale nie widać.

Należy zatem zaznaczyć w końcu, że nie wszystkie te utwory, które my łączymy pod nazwą i obrazem „rogu skórnego", muszą koniecznie posiadać tę samą histologiczną budowę, gdyż li tylko to jedno jest pewnem, że wszystkim im wspólnem jest zrogowacenie „keratoza". Jest jednak także zupełnie możliwem, że zrogowacenie może się rozwinąć także w nowotworach różnego pochodzenia i różnej histologicznej budowy, a do tego zapatrywania musiałyby doprowadzić opisy przypadków w odpowiedniej części literatury.

Jeżeli się zatem rzecz tak ma, to może byłoby możliwem nie używać więcej czysto symptomatycznego miana „rogu skórnego", a rozpoznawać podług początkowej cechy nowotworu. Nowotwory zatem o podobnej budowie histologicznej, jak w moich obu przypadkach, należałoby wówczas najlepiej nazwać „Keratosis papillomatosa".

Przed samem oddaniem pracy niniejszej do druku, znalazłem w wydanym właśnie zeszycie *Archiv für Dermathologie und Syphilis* pracę Spietschki, który badając anatomicznie 9 podobnych przypadków, przychodzi do zupełnie analogicznych ze mną wyników, a mianowicie że róg skórny powstaje przez bujanie brodawek skóry, przyczem zwiększa się znacznie nabłonek przy równoczesnem bardzo silnem zrogowaceniu.

IV. Oceny i sprawozdania.

A. Hartmann: **Krankheiten des Ohres und deren Behandlung.** Szóste, poprawione i powiększone wydanie z 65 rysunkami. Berlin. Fischers Buchhandlung.

Wśród mniejszych i większych podręczników otyatrycznych dzieło, o którem pomówić zamierzamy, odznacza się, jak mało które, zasłużonem wzięciem i ogólnem uznaniem. Dowodzą tego liczne wydania oraz przekłady na język angielski, włoski, rosyjski i francuski. Zamiar autora: podania zarysu chorób usznych i ich leczenia został wykonany z najzupełniejszem powodzeniem. Co przedewszystkiem mile uderza, to brak wszelkiego naśladownictwa, a natomiast widnieje nawskroś oryginalne pojęcie i opracowanie przedmiotu. Oparty na długoletniem doświadczeniu, wierny przedmiotowemu spostrzeganiu i klinicznej wprawie, zdołał autor wyłożyć obszerną i bogatą treść z taką dokładnością i przejrzystością, a zarazem zwięzłością, że tem zapewnił swemu

dziełu pierwszorzędne miejsce w szeregu podręczników otyatrycznych.

Na wstępie podaje autor krótki szkic dziejów tej gałęzi nauki lekarskiej, od czasów przedhipokratycznych, w którym pomieścił wiele nader interesujących szczegółów; następnie znaczną część całego dzieła poświęcił treści ogólnej, obejmującej sposoby badania, rozpoznawania, symptomatologię, etyologię, zapobieganie i leczenie ogólne. Anatomia i fizyologia narządu słuchowego podane są przy poszczególnych częściach podręcznika i o tyle tylko, o ile to dla zrozumienia rzeczy jest niezbędnem. W rozdziale, traktującym o etyologii, poruszone zostały i inne choroby, tak ogólne jak i miejscowe, będące w stosunku przyczynowym do chorób ucha. Wyczerpująco są traktowane ciała obce w uchu. Prosty podział zapaleń ucha środkowego wyróżnia się korzystnie od zawiłego dzielenia tych chorób w innych podręcznikach i zasługuje na uznanie. Podnieść należy również proste i jasne przedstawienie powikłań przewlekłego ropienia usznego, oraz takich ich przyczyn, jak żółciołojaki, ukleje i choroby śródczaszkowe.

Zbyteczną jest rzeczą dodawać, że zmiany i uzupełnienia, wynikłe z postępującego rozwoju nauki, znajdują w tem wydaniu należyte uwzględnienie (znaczenie bakteryj w zapaleniach usznych, gruźlicze zapalenie ucha środkowego, wykonanie nakłócia lędźwiowego i jego znaczenie w chorobach opon mózgowych pochodzenia usznego i t. p.). Razi nas jedna okoliczność: podczas gdy opis doszczętnej operacyi, w celu odsłonięcia wszystkich przestworów ucha środkowego, podaje autor obszernie i dokładnie, o operacyi wycięcia błony bęb i kostek słuchowych, przydarzającej się lekarzowi praktycznemu o wiele częściej i przystępniejszej, ledwie pobieżnie i powierzchownie wspomina.

Styl łatwy, przeglądowe ułożenie treści, staranne wydanie wraz z wyżej przytoczonemi zaletami, czynią to dzieło cennem i polecenia godnem. *Spira.*

Pawiński: **Die allgemeinen und speciellen Indicationen der Herzmittel.**

Leki sercowe można podzielić na dwa główne działy: 1) leki mające swoisty wpływ na mięsień sercowy i jego unerwienie, t. j. n. błędny i 2) leki podnoszące energię mięśnia sercowego przez podniecenie mózgu i rdzenia.

Na czele pierwszej gromady stoi *naparstnica*, przedewszystkiem w przypadkach niedostatecznej i nieregularnej czynności serca, — przeciwwskazaną zaś jest w przypadkach zwolnienia tętna, podwyższenia parcia w układzie tętniczym, zwłaszcza u osobników z miażdżycą tętnic, tętniakami aorty, w chorobie Basedowa, u kobiet w okresie przejściowym (climacterium). Tylko wyjątkowo należy stosować naparstnicę w tłuszczowem zwyrodnieniu mięśnia sercowego, gdyż często już po kilku dawkach leku występuje znaczne zwolnienie lub przyśpieszenie tętna i arytmia. Również nie polecamy naparstnicy w przypadkach, gdzie idzie o szybkie działanie; wówczas podamy *strophantus* z kofeiną. Najkorzystniej zapisywać naparstnicę w postaci naparu z 0,50—1,25 : 180,0 co 2 godziny łyżkę; często wystarczą dwie dawki, niekiedy uciekamy się do trzech, a wyjątkowo tylko do czterech. U osób osłabionych i starszych dobrze jest dodać eteru, kofeiny lub wina.

W działaniu na mięsień sercowy najbliżej naparstnicy zostaje *strophantus* a nawet w chorobach samego mięśnia sercowego (myocarditis fibrosa) przewyższa ją. W wadach zastawkowych serca, zwłaszcza w początkowych okresach zaburzenia kompensacyi, w miażdżycy tętnic (w połączeniu z jodem) oddaje *strophantus* dobre usługi, natomiast źle bywa znoszony w chorobie Basedowa, w nerwicach serca. Dawka nalewki 2—3 r. dz. po 5—10 kropli.

Inne leki sercowe jak: *Adonis vernalis*, *convallaria majalis*, *Scilla maritima* w postaci naparów z 4,0 : 180.0 działają podobnie do naparstnicy, tylko w mniejszym stopniu; czasem zaś, gdzie naparstnica zawodzi, wywierają korzystne działanie. *Sparteina*, polecana głównie dla swego uspokajającego wpływu na układ nerwowy — u osób niedokrewnych, wrażliwych, histeryczek, u kobiet w okresie przejściowym (climacterium), u neurasteników, nałogowych palaczy tytoniu, morfinistów — sprowadza uczucie zadowolenia, a nieraz działa nasennie. Dawki 0,015—0,045 3—4 razy dziennie. Często łączy się sparteinę z chininą i żelazem.

Do drugiej gromady zalicza autor kofeinę i diuretynę, leki spokrewnione nietylko składem chemicznym, ale i działaniem na ustrój. Zwiększając diurezę, tem samem usuwają przeszkody dla serca; to też tętno często następowo wzmacnia się i reguluje. Najkorzystniejsze działanie kofeiny uwidocznia się w końcowych okresach chorób mięśnia sercowego, miażdżycy tętnic wieńcowych, marskości nerek; nadto w ostrych przypadkach u osób poprzednio zdrowych, n. p. w chorobach gorączkowych, po wysiłkach fizycznych, wstrząśnieniach moralnych i t. d. Dawka kofeiny dzienna może dochodzić 2 grm. diuretyny zaś 6 grm. (Heilkunde 1897. II. R. 1 Z). *Dr. Kędzior.*

V. Wyciągi.

Dr. R. Stierlin: **O chirurgicznem leczeniu śledziony wędrującej.** *(Deutsche Ztschr. f. Chir.*, T. 45, Z. 3 i 4). Jakkolwiek znanem było autorowi przyszywanie śledziony wędrującej, wykonał w jednym przypadku jej wycięcie u kobiety 30-letniej, gdyż śledziona w tym przypadku wydawała mu się za wielką do przyszycia, ważyła bowiem 2300 grm. A tem chętniej przystąpił do splenektomii, że statystyka wykazuje 6·25% śmiertelności po tej operacyi, a żaden z autorów nie zanotował dotychczas poważniejszych, życiu grożących, objawów, występujących u ludzi pozbawionych śledziony. Zasadniczo jednak jest zwolennikiem splenopeksyi i wykona ją w każdym przypadku śledziony ruchomej, niezbyt powiększonej, co najwyżej 2—3 krotnie. Wtedy najchętniej postępowałby wedle zaleceń Prof. Rydygiera. Chociaż bowiem od czasu, w którym Prof. Rydygier pierwszy zalecił i wykonał splenopeksyę, w miejsce powszechnie po ówczas używanej splenektomii (p. Przegl. lek. 1895 str. 33 i 1896 str. 147) powstały 4 nowe metody, lecz żadna z nich, z wyjątkiem może Bardenheuera, nie odpowie celowi. Pierwsza z nich, nie zasługująca na miano metody, jest bowiem tylko modyfikacyą pierwotnej Rydygiera; zaleconą została przez Gierdanoa. Polega ona na tem, że G. oddziela nietylko otrzewnę, ale także powięź poprzeczną brzucha, i z obu tych warstw wytwarza kieszonkę, w którą wkłada śledzionę i brzeg kieszonki szwem kuśnierskim przyszywa do powierzchni śledziony. (Modyfikacya ta nie zdaje się być zbyt szczęśliwą, gdyż powięź poprzeczna wywierać musi zbyt silny ucisk na śledzionę, co bez dolegliwości podmiotowych pozostać nie może. Przyp. spraw.). Trzecią, wzgl. drugą, metodę stworzył Bardenheuer. Ten robi cięcie prostopadłe w linii pachowej środkowej, od grzebienia kości biodrowej aż do łuku żebrowego, i dodaje cięcie poziome od górnego końca poprzedniego ku tyłowi. Cięcia owe pogłębia aż do otrzewnej, nie przecinając tej ostatniej. Po oddzieleniu wyciętego płatu skórno-mięśniowego, podpycha śledzionę przez powłoki brzuszne ku ranie. Teraz dopiero nacina otrzewnę, przez wytworzoną szczelinę wydostaje śledzionę poza jamę brzuszną i natychmiast zaszywa otwór w otrzewnej, zajmując szwami równocześnie szypułę śledziony. Ponad odpowiednio umieszczoną śledzioną zaszywa tkanki warstwowe, dodając nadto szew przez dolny biegun śledziony i 11-te żebro. Główną wadą tej metody jest to, że się operuje na ślepo. A pomijając już niepewne rozpoznanie, pamiętać trzeba o tem, że śledziona ruchoma może pozrastać się z jelitami etc. Dla zupełności już tylko wspomnieć należy o metodzie Żykowa, który radził uchwycić śledzionę w siatkę katgutową, którą potem

przyszywa do powłok brzusznych, i o ostatnim sposobie Kouwera, który otwiera jamę brzuszną cięciem lędźwiowem, w cięcie to wprowadza śledzionę, i w tem położeniu stara się ją ustalić uciskiem silnym na brzuch, z góry wywartym, podczas gdy sama ranę goi przez ziarninowanie. W jednym przypadku i tą drogą doszedł autor do celu, prawdopodobnie dzięki poparzeniu powierzchni śledziony żegadłem Pacquelina, użytem w celu zatamowania krwotoku z otworów, po usiłowanych, a niezałożonych szwach; w drugim jednak zawiodła, i co gorsza, spowodowała objawy niedrożności przewodu pokarmowego, poprostu z powodu owego gwałtownego ucisku zewnętrznego. *Herman.*

Kalenscher: **Leczenie krwotoków macicznych octanem glinowym** *(Münchener medizinische Wochenschrift.* 1898. Nr. 1.) Autor poleca octan glinowy w rozczynie (liquor aluminii acetici) do przestrzykiwań, jako środek wypróbowany przez siebie w krwotokach macicznych, występujących bądźto z powodu niedowładu macicy, bądź też zatrzymania resztek błon płodowych lub łożyska w macicy. Przetworowi temu przypisuje autor trzy własności działające, mianowicie: tamującą krwawienie, ściągającą i przeciwgnilną. Zastósowanie tego środka w krwawieniu macicznem nie przedstawia trudności. Do wstrzykiwań używa autor strzykawki, mającej około 30 ctm. objętości, zaopatrzonej nasadką rogową 15—20 ctm. długą, grubości zwykłego cewnika i nieco zagiętą, którą wprowadza się po palcu do jamy macicznej. 3—5 wstrzyknięć po 30 ctm. płynu naraz, wystarczy do wywołania skutku. *Wto.*

Reinecke: **Zmiany macicy i jej przydatków pod wpływem bodźców mechanicznych i zużytkowanie ich pod względem rozpoznawczym i leczniczym.** *(Münchener medizin. Wochenschrift.* 1897, Nr. 52). Na podstawie 200 spostrzeżeń stwierdza autor własność macicy oddziaływania na bodźce mechaniczne przez zmianę zbitości, kształtu i objętości, a mianowicie, miąższ macicy wybitnie jędrnieje i może dojść do chrząstkowatej twardości, trzon przybiera kształt zbliżony do kulistego, wymiar przednio-tylny się zwiększa, a podłużny się zmniejsza, brzegi boczne macicy ulegają przypłaszczeniu, przytem objętość macicy, przez zmniejszenie jamy, pomniejsza się także. Jędrnienie miąższu trzonu macicy udziela się także górnemu odcinkowi szyjki. Autor stwierdza i tę okoliczność, że najkorzystniejszem miejscem dla działania bodźców jest okolica szyjkowego zwoju nerwowego, a w ogóle tylna ściana macicy. Długość trwania skurczów macicy zależną jest od zachowania się utkania macicy i siły bodźców, z których najpewniej wywołują wyżej wspomniane zmiany: nacierania koliste i uderzenia drgające, przez Kumpfa zalecane. Również podobny skutek wywołuje przesuwanie macicy na prawo lub lewo, a równocześnie ku tyłowi i ku górze. Stósowanie tych bodźców mechanicznych najlepiej daje się uskutecznić w pochyłem ułożeniu kobiety, z miednicą uniesioną ku górze.

Powyższe właściwości macicy zużytkowuje autor w celach różniczkowego rozpoznawania ciąży pierwszych miesięcy od przewlekłego zapalenia macicy, lub w celu wykazania włókniaków wśród miąższu macicy, gdyż macica ciężarna czułą jest na wszelkie bodźce mechaniczne, podczas gdy macica zapalnie zmieniona zupełnie na nie nie oddziaływuje; przy włókniakach zaś macica kurczy się niejednostajnie.

Wpływ bodźców mechanicznych na macicę ma zastósowanie także i w leczeniu zapaleń przewlocznych, gdyż im miąższ staje się kurczliwszym, tem szybciej traci chrząstkowatą twardość, właściwą zapaleniu, staje się mniej bolesny i maleje. A ponieważ błona śluzowa macicy stoi w ścisłym związku z miąższem, więc prawdopodobnie równocześnie leczymy i zapalenie błony śluzowej. Celem leczenia wolnego tyłozgięcia macicy, stosuje autor metodę podobną do sposobu Döderleina, mianowicie, po odprowadzeniu macicy ku przodowi, zgniata ją w tem położeniu, a następnie przez mięsienie pobudza do skurczów i, ustaliwszy w tem położeniu, zakłada krążek. Ten proceder powtarza się co ośm dni. *Wto.*

Dr. Elzholz: **O psychozach w przebiegu charłactwa rakowego.** *(Wykład wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa psychyatrów i neurologów w Wiedniu).* Prelegent wspomniał o staraniach nowszych psychyatrów, zmierzających do utworzenia naturalnego podziału chorób umysłowych, który, wobec braku zmian anatomo-patologicznych, zdaniem Dra Elzholza, najlepiej byłoby ułożyć wedle przyczyn, przebiegu i przypadków. Po omówieniu nielicznych dotąd ogłoszonych, a skrzętnie zebranych przypadków, w których jednak wcale nie podnoszono znaczenia raka, jako czynnika przyczynowego, prelegent przystąpił do szczegółowego opisania 3-ch przypadków, które sam spostrzegał; dotyczą one osób dziedzicznie nie obciążonych, które przedtem żadnych ważniejszych chorób nie przechodziły. W 1-ym przypadku sekcya wykazała raka ściany jamy gruźliczej płuca lewego, przerzuty w części lędźwiowej stosu pacierzowego i zajęcie gruczołów śródpiersiowych, oskrzelowych, i podobojczykowych; w 2-gim raka odźwiernika z następowem zwężeniem wspólnego przewodu żółciowego i ciężka żółtaczka; w 3-im przypadku rozpadającego się raka odbytnicy, z ropnem zapaleniem około kiszki odchodowej, obustronne zapalenie podskórnej tkanki łącznej w okolicy pachwinowej i zapalenie miąższowe nerek. Pomimo, że w ostatnich dwóch przypadkach zachodziły powikłania, to przecież prelegent sądzi, że zachodził ścisły związek pomiędzy rakiem a psychozą; wpływ ciężkiej żółtaczki na chorobę umysłową łatwo wykluczyć, zważywszy, że zboczenia umysłowe, tą chorobą wywołane, są zupełnie inne, aniżeli w przypadku przytoczonym. W przypadku rozpadającego się raka odbytnicy zboczenie umysłowe wystąpiło dwa miesiące przed zgonem, w czasie, kiedy, uwzględniwszy tablicę ciepłoty ciała, wpływ sprawy ropnej i rozpadowej, na karb której należałoby także położyć zapalenie nerek, nie był jeszcze prawdopodobnym. Oprócz tego można było w tych przypadkach wykazać metodą Marchiego zmiany w rdzeniu, o których już Lubarsch twierdził, że mają związek z rakiem. Wreszcie przebieg psychozy a szczególnie zaburzenie świadomości, we wszystkich 3-ch przypadkach, tak były do siebie podobne, że i to przemawia za wspólnym czynnikiem przyczynowym. Chorzy byli czasem bezprzytomni, czasem zaś przy pełnej lub tylko zamglonej samowiedzy; ale i podczas tych przerw tylko początkowo jasno odpowiadali na zadawane pytania; po chwili myśli ich znowu się plątały, pamięć opuszczała, kojarzenie idei stawało się niemożliwe. W ogóle chorzy byli przygnębieni, a podczas zaburzeń samowiedzy, przygnębienie wzmagało się nieraz do zupełnego wstrętu do życia.

Co do umiejscowienia raków, to prelegent inaczej tłómaczy wpływ raków przewodu pokarmowego na zboczenia umysłowe, a inaczej wpływ raków, położonych poza przewodem. Podczas gdy w pierwszym razie chodzi o samozakażenie wskutek zaburzeń trawienia, to w drugim, chodzi o wessanie produktów rozpadowych, które powodują odpływ limfy do naczyń krwionośnych (doświadczenia Gravitza) co upośledza odżywienie tkanin w ogóle, a mózgu w szczególności. *Dr. Halban.*

Peiper: **Przyczynek do symptomatologii zwierzęcych pasorzytów.** *(Deutsche medizinische Wochenschrift* 1897, Nr. 48). Biorąc za punkt wyjścia opis własnego przypadku, w którym u 10-letniej dziewczynki ustąpiły objawy zapalenia opon mózgowych po zastósowaniu santoniny i odejściu 20 glist, zebrał autor skrzętnie, z dostępnej dla niego literatury podobne przypadki, tyczące się różnych pasorzytów zwierzęcych. Wynikałoby z tego zestawienia, że choć usprawiedliwionem jest ograniczenie symptomatologii robaków, głoszonej przez dawniejszych lekarzy, to byłoby błędem wpadać w drugą ostateczność i odmawiać, jak się to obecnie często dzieje, pasorzytom zwierzęcym wszelkiego klinicznego znaczenia. Cały szereg dokładnych spostrzeżeń świadczy, że nie chodzi tutaj jedynie o zużywanie soków odżywczych,

krwi itd., lub o działanie mechaniczne, które na drodze odruchowej prowadziłby mogło do rozmaitych objawów nerwowych, ale przedewszystkiem o działanie jadów, wytworzonych przez te zwierzęta, a zatruwających ustrój gospodarza. Zagadkową jednak jest okoliczność, dlaczego do wystąpienia wybitniejszych objawów przychodzi w niewielkiej tylko części przypadków. Zależy to może od liczby pasorzytów, od stanu, w jakim się one znajdują, ich żywotności, wieku, być może od pewnych stanów chorobowych pasorzytów, n. p. ich obumierania.

Co się tyczy glist (ascaris lumbricoides), to na obecność jakiejś istoty trującej zwraca już uwagę swoisty, ostry, pieprzowaty ich zapach, zjawiający się szczególniej przy rozcinaniu większych okazów. Przy preparowaniu tych zwierząt zauważano też często łzawienie i pieczenie oczu, obrzmienie mięsek łzowych, kichanie, bóle gardła, silne świerzbienie i obrzmienie palców, które się bezpośrednio stykały z pasorzytami, a po przypadkowem wprowadzeniu palcami troszki cieczy drażniącej do worka spojówkowego, — gwałtowne zapalenie spojówki. Ciecz ta wstrzyknięta podskórnie, w ilości 2 cm³, zabija królika.

Przy badaniu pośmiertnem znajdowano niejednokrotnie w sąsiedztwie kłębków, utworzonych przez glisty, na błonie śluzowej, ogniska zapalne i miejsca pozbawione przybłonka.

Pod względem klinicznym mogą być glisty przyczyną najrozmaitszych przypadów, a nawet śmierci. Przypady te cechują się tem, że szybko znikają z chwilą usunięcia pasorzytów. Należy tu wymienić wymioty i gwałtowne morzysko, gorączkę i poty nocne, niepokój i drażliwość, zaburzenia psychiczne, jak przytępienie umysłu z bredzeniem i osłupienie zadumowe, zaburzenia w unerwieniu źrenicy, omdlenia, porażenie połowicze, kurcze rozmaitego rodzaju, drgawki, tężec napadowy mięśni grzbietowych, wreszcie ciężką niedokrewność.

Tasiemce wywołują niekiedy także różne zaburzenia nerwowe, a nawet objawy padaczki. Często spotykano przy nich zaburzenia narządu wzrokowego. Bróździogłowiec szerokoczłonki (botriocephalus latus) jest często powodem złośliwej niedokrewności; jady przez niego wydzielane działają widocznie zabójczo na narządy krwiotwórcze.

Podobnie działa tęgoryjec dwunastnicy (anchylostoma duodenale), gdyż niemożliwem jest tłómaczenie całego obrazu klinicznego utratą krwi. Zresztą z moczu chorych daje się wyosobnić ptomaina, która wstrzykiwana królikom, wywołuje postępową niedokrewność.

Bąblowce zawierają w płynie worka jady, które, dostawszy się, n. p. przy nakłóciu próbnem, do otrzewny, mogą wywołać jej zapalenie, a w razie wessania liszaj wargowy, pokrzywkę, gwałtowne objawy nerwowe, a nawet śmierć. — Dlatego to właśnie nakłócie próbne worka bąblowcowego coraz mniej jest używane.

Także włosogłówki (trichocephalus dispar) i glistnice robaczkowe (oxyuris vermicularis) mogą być powodem różnych objawów nerwowych, naśladujących czasami zapalenie opon mózgowych, a po spożyciu mięsa z włosieniami (trichina spiralis) pojawiają się, skutkiem otwarcia ich torebek i uwolnienia przezto jadów, objawy podobne do cholery już w tym okresie, kiedy jeszcze o jakimkolwiek działaniu mechanicznem pasorzytów na ścianę jelita nie może być mowy.

Lewkowicz.

Soltmann (Lipsk): **O rozpoznawczej wartości szmerów sercowych w wieku dziecięcym.** (69 zebranie niemieckich przyrodników i lekarzy w Brunszwiku. *Münch. med. Woch.* 1897, 45). Znaną jest rzeczą, że serce dziecięce mniej jest wrażliwe na szkodliwości, niż serce człowieka dorosłego. Ta większa odporność ma uzasadnienie w stosunkach anatomicznych i fizyologicznych (Stosunek obu komór do siebie L. P. = 6,2 : 6,5, względna obszerność wielkich naczyń, stosunkowo znaczniejsza siła mięśnia).

Stosunkami przysłuchowymi, przy badaniu serca dziecięcego, zajmował się już dawniej przedewszystkiem Hochsinger. Otóż, za jego przykładem, stwierdza autor, że szmery z niedokrewności nie zdarzają się prawie nigdy w pierwszych czterech latach życia, a nawet aż do 8-go roku życia zdarzają się rzadko. Przeciwnie, należą one do prawidła przy niedokrewności i błednicy w okresie pokwitania. Tłómaczy się to nizkiem ciśnieniem w komorach, a nadmierną szerokością początkowych części tętnicy głównej i płucnej u małych dzieci, przyczem nie może przyjść do rozdźwięku i szmeru; ponieważ zaś w czasie pokwitania stosunki się odwracają, serce znajduje się na szczycie wzrostu, a początkowe części naczyń są wąskie, więc i szmery łatwo wtedy powstają.

Jeżeli u starszych dzieci przyjąć mamy szmer z niedokrewności, to muszą istnieć inne jej objawy, nie powinno być ostrych chorób zakaźnych, szmer powinien być najwyraźniejszy nad ujściem płucnem, a w każdym razie wyraźniejszy tutaj, niż nad koniuszkiem; powinien być czysto skurczowy, drugi ton nad płucną nie zaostrzony, uderzenie koniuszkowe w linii, lub na wewnątrz l. sutkowej bez cechy podnoszenia, tętno nie skaczące.

Jeżeli się w pierwszych latach życia słyszy szmery anorganiczne, to chodzi o szmery uciskowe (powiększenie gruczołów, zniekształtnienie klatki piersiowej).

Co się tyczy szmerów sercowo-płucnych, na które już także Hochsinger zwrócił uwagę, a które można uważać za fizyologiczne, to i z nimi nie spotykamy się w pierwszych latach życia. Szmery te są najczęściej skurczowe, współczesne z czynnością serca, przerywane, rozmaitej barwy i tem się odznaczające, że przy nasilonym oddechu się wzmagają, a przy zatrzymanym — nikną.

Szmery śródsierdziowe, skurczowe, znachodzą się przy niedomykalności zastawki dwudzielnej i są niekiedy jedynym wyrazem tego cierpienia. Do nich dołącza się zwykle uderzenie koniuszkowe z cechą podnoszenia. Wszystkich innych objawów, znajdowanych u dorosłych (powiększenia stłumienia serca, kłapiącego drugiego tonu nad płucną, powiększenia ciśnienia w tętnicy płucnej, objawów zastoju, lub zaburzenia w wyrównaniu), może zupełnie brakować. Dopiero po długoletniem trwaniu sprawy, szczególnie w okresie pokwitania, zjawiają się u dziecka dolegliwości i wtedy zmieniają się też stosunki bardzo znacznie na niekorzyść; obok szmeru skurczowego znajdujemy silne zaostrzenie 2-go tonu nad płucną, rozszerzenie stłumienia, a w danym razie zaburzenia w wyrównaniu.

Lewkowicz.

K. Gerson: **Opatrunek przylepcowy w miejsce „suspensorium scroti“.** *(Berl. klin Woch.* 1898, Nr. 3). Składa się on z opaski pokrytej z jednej strony plastrem cynkokauczukowym i kończącej się tasiemkami, Po ogoleniu i osuszeniu worka mosznowego zakłada się nań, w położeniu leżącym chorego, opaskę okrężną, poniżej wysuniętych ku górze jąder, uciskając z lekka. W ten sposób użyta, zostaje górna część worka mosznowego, jako właściwe *suspensorium* dla jąder. Po 4 tygodniach zmiana opatrunku.

G. podnosi zalety swego opatrunku, wobec zwykłego *suspensorium*, przez wyższe uniesienie jąder i pewniejsze ich ustalenie wśród jednostajnego, łagodnego, dającego się stopniować ucisku. W końcu dodaje, że przylepienie jego nie drażni wcale skóry i że cały opatrunek jest niezmiernie tani. (75 fenig.).

Dr. B. Wojciechowski.

Dr. Erlach: **O leczeniu zapalenia otrzewnej powstałego po operacyach.** *(Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 3, 1898 r.). Otrzewna sama przez się posiada, zdaniem autora, dzięki swej zdolności wchłaniania zarazków chorobotwórczych, większą odporność przeciw szkodliwym wpływom, niż sądzono w czasach przed wprowadzeniem przeciw- i bezgnilnego postępowania w chirurgii. Jako dowód przytacza E. przypadki, w których operowano otok ropny trąbek, przyczem część treści wylała się do jamy otrzewnowej, a mimo to wyzdrowienie nastąpiło. Leczenie chirurgiczne zapalenia otrzewnej powinno zasadzać się, zdaniem autora, na szerokiem otwarciu powłok brzusznych, które ma na celu

ułatwienie odpływu wydzieliny, podobnie jak szerokie nacięcia przy flegmonach i ropniach, tudzież na jak najdokładniejszem osączkowaniu jamy brzusznej zapomocą gazy, którą autor wprowadza do jamy otrzewnowej i następnie pokrywa nią ranę, powstałą przez przecięcie powłok brzusznych, nie zeszywając ich. Tym sposobem leczył E. dwa przypadki zapalenia otrzewnej, które powstały po zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej. W jednym przypadku wyjął szwy na drugi dzień po operacyi, opatrzył ranę w podany wyżej sposób; w drugim zaś, w którym, w parę dni po zabiegu pierwotnym, wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej, otworzył powtórnie szóstego dnia powłoki brzuszne, wprowadził do jamy otrzewnowej szerokie paski gazy jodoformowej, pokrył ranę gazą wyjałowioną i, zmieniając opatrunek co kilka dni, podobnie jak w pierwszym przypadku, uzyskał zagojenie się rany przez wypełnienie się jej ziarniną. W obu przypadkach nie przepłókiwano jamy otrzewnowej, ażeby nie ułatwić rozszerzania się zarazków. W obu przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. Postępowanie powyższe oddało autorowi dobre usługi w przypadkach zapalenia otrzewnej, powstałych po laparotomiach; w przypadkach zaś połogowego zapalenia otrzewnej, gdzie punktem wyjścia zapalenia jest jama macicy, radzi autor wycięcie macicy przez pochwę. *Piotrowski.*

Dr. B. Szaposznikow: **W sprawie zapalenia osierdzia.** *(Mittheil. u. d. Grenzgebieten d. Medic. u. d. Chirurgie* T. II. str. 86). W rozprawie tej, popartej spostrzeżeniami klinicznemi i doświadczalnemi, dowodzi autor, traktując rzecz przeważnie ze stanowiska chirurgicznego, że bynajmniej nie jest regułą, aby serce w zapalnym wysięku osierdziowym, opadało ku tyłowi i dołowi. Przeciwnie, nawet w obec bardzo znacznej ilości wysięku i wobec braku zrostów osierdziowych, serce leżeć może tuż pod przednią ścianą klatki piersiowej. A zatem widoczne uderzenie koniuszkowe serca i słyszalne tarcie osierdziowe w takich przypadkach nie wyklucza wcale sprawy zapalnej wysiękowej w osierdziu. Ta też okoliczność znosi dawną regułę, by nakłócie osierdzia uskuteczniać w III l. IV przestworze międzyżebrowym lewym, tuż przy mostku. Bo tu nakłóć możemy samo serce, co się też autorowi, a przedtem komu innemu, szczęściem bez szkody dla chorych, zdarzyło. Autor radzi tedy nakalać osierdzie w III lub IV przestw. międzyżebr. prawym, tuż obok mostka; a w razie b. znacznych wysięków, w VI przestw. międzyżebr. lewym. Postępuje zaś tak tem chętniej, gdyż przekonał się, że stosunek opłucnej do osierdzia w okolicy tzw. *incisura cardiaca* nie jest stałym, i rzadko tylko uniknąć możemy uszkodzenia opłucnej nakalając po stronie lewej. *Herman.*

Matkovic: **Zaraźliwość i leczenie jaglicy.** *(Recueil d'Ophtalmologie*, 1898, Nr. 2). Autor, lekarz-okulista w Zagrzebiu, został wezwanym przed 4-ma laty przez rząd do zbadania przyczyn znacznego szerzenia się jaglicy w Kroacyi i Slawonii, zwłaszcza w okolicach pomiędzy Sawą a Dunajem.

W roku 1894 stwierdził on 9166 przypadków jaglicy, z tych 1500 powikłanych cierpieniami rogówki. Obecnie zaś ilość przypadków, zaciągniętych urzędownie w księgi w każdym dystrykcie Królestwa, wynosi ogółem 15267, z których tylko 4645 figuruje jako wyleczonych. Na podstawie tak obfitego materyału przedsięwziął autor szereg badań histologicznych i bakteryologicznych i przyszedł do przekonania, że przyczyna różnicy zdań pomiędzy histologami, jaka panuje po dziś dzień pod względem anatomii patologicznej jaglicy, jest wielka rozmaitość zmian w tkankach chorobą tą dotkniętych, stósownie do różnych okresów czasu. Badania bakteryologiczne nie doprowadziły autora do wykazania na pewno drobnoustroju, którego istnienia tylko domyślać się można. Te ujemne wyniki skłoniły go do obrania innej drogi dla swych poszukiwań, a mianowicie do podjęcia rozbiorów chemicznych łez pod względem jakościowym i ilościowym w oczach tak zdrowych jak i dotkniętych jaglicą. Drogą tą na seryo nikt jeszcze nie postępował, a zdaje się autorowi, że powinna ona zaprowadzić wreszcie do upragnionego od dawna celu, t. j. do wyraźnych i ściśle określonych wskazówek rozpoznania różniczkowego i do jasnego poznania etyologii jaglicy. Z badań dotychczasowych, które, po uzupełnieniu rozbiorami chemicznymi w rozmaitych innych zaraźliwych chorobach oczów, ogłosi autor później *in extenso*, wyciągnąć można obecnie następujące wnioski:

1) Wydzielina łez, w stanie prawidłowym, jest lekko alkaliczną, a smak jej jest zawsze wybitniej słony, niż innych płynów ciała.

2) Skład chemiczny łez może uledz zmianie wogóle pod wpływem dwóch czynników, t. j. przyczyn wewnętrznych (ustrojowych) i zewnętrznych (zależnych od otoczenia). Zmiany te, dotyczące głównie stopnia alkaliczności łez, wykazuje z wszelką ścisłością analiza chemiczna, a zwłaszcza alkalimetrya.

3) Zmiany alkaliczności łez pod wpływem danych czynników bywają bardzo wybitne, wahając się w granicach od 82 do 238 miligramów na 100 gramów płynu. *Maximum* alkaliczności znalazł autor u Cyganów, u marynarzy, a prócz tego u osób wogóle silnych, żyjących w sprzyjających warunkach higienicznych; *minimum* przeciwnie u skrofulicznych i słabowitych.

Przechodząc do spraw patologicznych, a głównie do zaraźliwości jaglicy, dowodzi, że przyroda zarazka równie jak czynnik usposobienia i odporności nie są jeszcze dokładnie wyświetlone, czego przykładem są liczne, nieraz sprzeczne, przypuszczenia. Zdaniem jego głównym czynnikiem, usposabiającym do nabycia jaglicy, jest właśnie zmniejszenie się z jakichkolwiek powodów alkaliczności wydzieliny gruczołów łzowych. Wprawdzie Ahlström utrzymuje, że łzy nie mają własności antyseptycznych, owszem są dla drobnoustrojów podkładem zupełnie obojętnym, podczas gdy przeciwnie Bach i Bernheim, na podstawie własnych doświadczeń, przypisują im własności wybitnie bakteryobójcze. (Tego samego zdania jest też Dr. Gałęzowski — przypisek sprawozdawcy). Zdaniem autora oba obozy mają słuszność o tyle, że łzy, posiadające prawidłowy stopień alkaliczności, nie przeszkadzają wcale rozwojowi i rozmnażaniu się drobnoustrojów w worku spojówkowym; z chwilą jednak, gdy alkaliczność ich się zmniejszy, powstają warunki niekorzystne dla dalszego życia drobnoustrojów, przez co te giną, a ginąc wytwarzają wytwory rozkładowe, szkodliwe i drażniące, jednem słowem toksyny i ptomainy, które dopiero zarażając spojówkę, a przez wessanie także tkanki głębiej położone, wywołują jaglicę. Jakkolwiek zapatrywanie takie jest także tylko przypuszczeniem, to jednak może ono utorować nową drogę poszukiwaniom bakteryologicznym za zarazkiem jaglicy, zmieniając odpowiednio do wyników analizy chemicznej postępowanie dziś przyjęte w hodowli kultur.

Również badanie łez u ras odznaczających się odpornością przeciw jaglicy doprowadzić może do pożytecznych wyników. Dotychczasowe doświadczenia autora stwierdziły już względną odporność u Cyganów, a szczególne usposobienie u Słowian, mianowicie Kroatów, Serbów, Czechów i Polaków.

Co się tyczy leczenia jaglicy to określa je autor krótko, wskazując następujące punkta wytyczne:

1) Należy przedewszystkiem indywidualizować każdy przypadek, stosując odpowiednie leczenie objawowe.

2) Odpowiednio do okresów choroby posługiwać się trzeba różnymi, znanymi dotychczas środkami, przyczem należy mieć zawsze na oku jako główną zasadę: *„ne nocere"*.

3) Stósowanie mechanicznych sposobów wobec schorzałej tkanki gruczołowej jest bardzo ważnym czynnikiem dla osiągnięcia radykalnego wyleczenia.

4) W razie zajęcia chrząstki wskazane są stanowczo nakłócia i nasiekania (skaryfikacye).

5) Wszelkie powikłania usuwać należy przedewszystkiem, o ile możności, sposobami operacyjnymi.

Ze środków zapobiegawczych najważniejszym jest zachowanie ściśle przepisów higieny miejscowej i ogólnej tak, że tylko w miarę postępów i rozpowszechnienia się higieny publicznej spodziewać by się można kiedyś wygaśnięcia całkowitego jaglicy. *Dr. Langie.*

Gemünd: **Pomnożenie ilości ciałek białych przez podawanie gwajacetyny u zwierząt.** (*Münch. medic. Woch.*, Nr. 50, 1897). U królików i psów występuje po podaniu wewnętrznem 1—2 grm. gwajacetyny znaczne pomnożenie liczby ciałek białych. Pomnożenie to dosięga szczytu w 6 godzin po podaniu środka, a ilość ciałek jest wtedy dwa razy większą, niż była pierwotnie. Do drugiego dnia zmiany te wyrównują się. Zachodziło pytanie, o ile ta hiperleukocytoza wpływa na powiększenie własności przeciwgnilnych krwi. Do doświadczeń użyto hodowli bulionowej prątka kałowego (bact. coli com.). Okazało się, że, po dodaniu jej do krwi prawidłowej, liczba prątków w pierwszych paru godzinach zmniejsza się, ale później szybko wzrasta. Co do krwi wziętej ze zwierząt w 6 godzin po dodaniu gwajacetyny, to jej własności bakteryobójcze zostały tylko w jednym przypadku wybitnie wzmożone, a prątki w przeciągu 5 godzin uległy zupełnemu zniszczeniu. W dwóch innych przypadkach krew gwajacetynowa zachowała się wobec prątków zupełnie podobnie, jak prawidłowa. Ale i ten jeden korzystny wynik zachęca do prób klinicznych. *Lewkowicz.*

Schütz: **O spastycznem przesunięciu macicy ku tyłowi.** (*Wiener medizin. Presse.* 1897, Nr. 51). Schütz zwraca uwagę, że więzadła krzyżowo-maciczne, które zazwyczaj biorą początek na macicy, w okolicy ujścia wewnętrznego, a kończą się w wysokości drugiego kręgu krzyżowego, mogą mieć nieco odmienne punkta przyczepienia, mianowicie: z jednej strony powyżej ujścia zewnętrznego, w pośrodku długości tylnej ściany macicy, z drugiej strony w okolicy 3—4 kręgu krzyżowego. Prawidłowo skurcz tych więzadeł wywołuje silniejsze przodopochylenie macicy, natomiast przy tym odmiennym przebiegu, w następstwie skurczu włókien mięsnych, zawartych w owych więzadłach, będzie macica przeciągnięta ku tyłowi, czasami nawet tyłozgięta lub tyłopochylona. Ze takie chwilowe zboczenia w położeniu macicy, polegające na skurczu odmiennie przebiegających więzadeł, są możliwe, dowodzą tego różne czasami wyniki badania wewnętrznego, przedsiębranego w krótkich odstępach czasu, u tej samej osoby. Raz znachodzi się macicę ku tyłowi przeciągniętą lub odgiętą, a nawet w tem położeniu umocowaną, a każdy ruch macicy utrudniony, bolesny; innym razem w krótkim czasie potem znajdujemy macicę zupełnie prawidłowo ułożoną i ruchomą. Zjawisko to spotykał autor u kobiet w okresie przejściowym (climacterium) i u neurasteniczek. *Ww.*

R. Meyer: **Przyczynek do kazuistyki rozlanych ropien okołostawowych, wywołanych przez dwoinki Neissera.** (*Ctrbl. f. Chir.* 1898, Nr. 1). U 31-letn. robotnika wystąpił obrzęk w okolicy lewego stawu łokciowego, wyraźny i bolesny, zwłaszcza po stronie wewnętrznej. Ustalenie kończyny, okłady i t. p. nie przyniosły ulgi. Nacięto przeto obrzęk po stronie wewnętrznej łokcia i w tkance podskórnej znaleziono ziarninę i parę kropel ropy. Tak w ropie jak i w komórkach ropnych, infiltrujących ziarninę, wykazano liczne dwoinki Neissera. Na odpowiednich pożywkach wyrosły czyste hodowle gonokoka. Z cewki wydzieliny wydostać nie można było. Dopiero po paru drażniących wstrzyknięciach zaczęła się wydobywać z cewki obfita wydzielina ropna, w której z całą pewnością wykazano również cechujące drobnoustroje rzeżączkowe. *Herman.*

Hacker: **Nowy sposób plastyki ścięgna na grzbiecie palca.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 2). Autor opisuje przypadek odcięcia sobie przez kobietę pierwszej falangi wskazującego palca lewej ręki, wraz ze ścięgnami. Rana po pewnym czasie się zagoiła, lecz chora poruszać palcem nie mogła. Autor przystąpił do plastyki. Cięciem wzdłuż palca i odpowiedniej kości śródręcznej odsłonił obydwa odcinki ścięgien. Dolne odcinki wyciął, a z górnego odcinka ścięgna *musculi indicis proprii* utworzył płatek, który odwrócił ku dołowi i przyszył do okostnej trzeciej falangi. Ubytek skórny pokrył skórą z klatki piersiowej, podprowadziwszy palec pod płat odpreparowany o dwóch mostkach. Następnie mostki stopniowo przecinał. Wynik leczenia, co do funkcyi, dobry, gdyż ruchy dały się z łatwością wyrobić. (O ile ten sposób zasługuje na nazwę „nowego“, każdy osądzi, gdyż wykonany jest według ogólnych zasad plastyki ścięgien i opisany w każdym podręczniku chirurgii. Przypisek referenta). *Dr. Zalewski.*

Schlatter: **O odżywianiu się i trawieniu po zupełnem wydaleniu żołądka. „Oesophagoenterostomia“ u człowieka.** (*Beitr. z. klin. Chir.* T. 19, Z. 3.) U 56-letniej kobiety, u której rak zajmywał cały żołądek, wykonał autor jedyną w swoim rodzaju operacyę. Wyciął bowiem cały żołądek, co stwierdzono badaniem drobnowidowem (które wykazało u jednego końca budowę przełyku, u drugiego dwunastnicy), a potem zaszył na ślepo dwunastnicę, przełyk zaś wszył bocznie do pętli jelita czczego (jak przy gastroenterostomii Wölflera). Chora zabieg ten zniosła dobrze; przez jakiś czas po operacyi wymiotowała treścią kwaśną od kwasu mlekowego; a po 2 miesiącach po operacyi ciężar jej ciała podniósł się o 4.400 grm. *Herman.*

Eug. Fraenkel i J. Kister: **O prątkach durowych w maślance.** (*Münch. med. Woch.* 1898, Nr. 7). Rozmieszczenie i inne okoliczności epidemii duru w Hamburgu, w sierpniu i wrześniu z. r., wznieciły podejrzenie, że rozprzestrzenianie się zarazy może się odbywać zapomocą maślanki. Autorzy zajęli się zbadaniem, o ile to przypuszczenie jest teoretycznie usprawiedliwione.

Maślanka znajdująca się w handlu, oddziałuje zawsze kwaśno. Kwasota ta nie wystarcza jednak do zabicia prątków durowych w ciągu dni kilku, jeżeli tylko dalszy rozkład maślanki powstrzyma się przez gruntowne wyjałowienie. W maślance niewyjałowionej, skutkiem wzrastania kwasoty, ilość prątków durowych szybko się zmniejsza, dochodzi jednak do zera przy ciepłocie pokojowej dopiero po 3-ch, a przy ciepłocie 37°, po dwóch dniach. Niebezpieczeństwo zatem przenoszenia się duru przy pomocy tej pożywki niewątpliwie istnieje. *Lewkowicz.*

A. Salter: **Wydzielanie toksyn drobnoustrojów przez skórę** (*Lancet 15 stycz.*). Autor wstrzykiwał morskim świnkom, zakażonym gruźlicą, pot osób cierpiących na gruźlicę i otrzymał taki odczyn, jak przy wstrzykiwaniu tuberkuliny, a którego znowu nie spostrzegał po zastrzyknięciu potu ludzi zdrowych. Z tego wyciąga on wniosek, że w tych przypadkach pot zawiera toksyny prątków gruźliczych, a prócz tego jeszcze dalej idzie we wnioskowaniu, że nie powinno się działać przeciw potom u suchotników, a przeciwnie — do potów pobudzać. Podobne doświadczenie wykonał z potem chorych na zapalenie płuc i wywołał u myszy i królików zakażenie, wreszcie wstrzyknięty pot dziecka, chorego na dławca, sprowadzał już po 12 godzinach u zwierzęcia, w miejscu wstrzyknięcia wyraźny obrzęk, który po kilku dniach przechodził w zgorzel. Na mocy tych wszystkich doświadczeń dochodzi S. do wniosku, że przyroda sama reguluje wydzielanie toksyn i że leczenie starych lekarzy środkami napotnymi jest zupełnie słusznem i uzasadnionem. *F. K.*

Doc. Rieder: **Badania histologiczne zmian kiłowych w okresie pierwotnym** (*Deut. med. Woch.*, 1898, Nr. 9). Dotychczas utrzymuje się prawie u wszystkich autorów zdanie, że przy wrzodzie stwardniałym istnieją przedewszystkiem zmiany w naczyniach krwionośnych, podczas gdy naczynia chłonne pozostają niezmienione. Przy swych badaniach posługiwał się R. metodą barwienia Weigerta, która przez barwienie włókien sprężystych w ścianach naczyniowych dawała możność dokładnego odróżnienia naczyń od siebie i wyka-

zała, że tętnice, żyły i naczynia chłonne posiadają różnie się barwiące włókna sprężyste. Dokładne badania naczynia chłonnego grzbietnego prącia, na skrawkach z wrzodu stwardniałego przy kile pierwotnej i takichże gruczołów chłonnych, wykazały, że najwcześniej i najwybitniej zajęte bywają naciekiem naczynia chłonne, później żyły, nigdy zaś tętnice, które dopiero później biorą udział w tej sprawie zapalnej. To też autor w następujący sposób przedstawia sobie początkową miejscową sprawę zapalną w kile: najpierw jad dostaje się między przyskórek i daje powód do nacieku komórkowego przewlekłego; bardzo wcześnie zajmuje sprawa chorobowa drobne naczynia chłonne skóry, następnie i żyły (peri-meso-endolymphangoitis et phlebitis), a przez dostanie się jadu do wnętrza naczyń następuje zakażenie ogólne. Zajęcie ścian tętniczych jest nader rzadkie i występuje jako następstwo długo istniejącej sprawy zapalnej. W dalszym ciągu przechodzi sprawa wzdłuż tkanki podskórnej aż do okolicy pachwinowej, gdzie usadawia się w otoczeniu gruczołów, w żyłach naczyń i gruczołów chłonnych i torebce gruczołowej, skąd przechodzi i na gruczoł, częściowo niszcząc go przez rozrost tkanki łącznej, częściowo zaś tworząc ogniska do gruzełków podobne. Również sprawą chorobową objęte są naczynia żylne i chłonne tkanki tłuszczowej. *F. K.*

H. Hensen: **O wpływie morfiny i eteru na bóle porodowe**. *(Archiv für Gynäkologie*, LV, H. I). Autor mierzył siłę skurczów macicy zapomocą balonika, wsuniętego do jamy macicznej, a połączonego z rurką barometru. Przeważna ilość doświadczeń odnosiła się do pierwiastek w pierwszym okresie porodowym. Doświadczenia te stwierdziły, że siła skurczów macicy zwiększa się stopniowo aż do chwili pęknięcia pęcherza płodowego. Przy porównywaniu spostrzeżeń z całego szeregu porodów wynika, że praca mięśniowa macicy, wykonana w danym okresie porodowym, ulega nieznacznym wahaniom, bez względu na długość trwania okresów porodowych. Najwyższe ciśnienie, notowane podczas skurczu, wynosiło 172 milimetry słupka rtęci. (Liczba ta niższą jest od cyfr, podawanych przez innych autorów). Przeciętną siłę ciśnienia podaje autor na 92,6 mm. w czasie bólów i 57,5 mm. w przerwie między bólami. W okresie wydalania płodu z macicy ciśnienie w niej równa się ciśnieniu w jamie brzusznej, czyli, że w tym okresie ściany maciczne pozostaja rozciągnięte, a cała praca mięśniowa wyraża się siłą tłoczni brzusznej. Niezwłocznie po wydaleniu płodu ciśnienie w jamie macicznej szybko się zwiększa i — rzecz godna uwagi — dochodzi do stopni wyższych nawet niż w pierwszym okresie. Przyczyny należy szukać zapewne w zgrubieniu ścian macicy.

O działaniu narkotyków wiemy, że chloroform i chloral (ten ostatni mniej wybitnie) hamują skurcze macicy.

Autor podawał w przebiegu porodu morfinę w dawkach od 5 milligramów do 2 centigramów, eter zaś (drogą wdychiwań) w dawkach 30 centimetrów sześciennych.

Z doświadczeń swoich autor wyciąga wnioski następujące:

a) morfina w dawkach wymienionych nie wywierała żadnego wpływu na jakość i częstość bólów porodowych;

b) eter po upływie dwóch minut osłabiał bóle (spadek ciśnienia ze 110 na 45 mm.) i zwiększał przerwy między bólami (10 do 20 minut);

c) skurcze maciczne po przerwaniu narkozy eterowej wracały w upływie 5 do 20 minut;

d) mięśnie brzuszne przestawały działać podczas narkozy eterowej.

Z tego widzimy, że narkoza eterowa w tem się różni od chloroformowej, że po chloroformie skurcze są zahamowane przez 2 godziny, albo i dłużej; po eterze zaś skurcze wracają daleko prędzej i z siłą niezmniejszoną.

Zatem wniosek ostateczny autora, że przy zabiegach położniczych należy pierwszeństwo dawać eterowi przed chloroformem, a to z obawy przed niedomogą (atonią) macicy, jakoteż w tych razach, gdzie po dokonanym zabiegu ukończenie porodu pozostawia się siłom natury. *Dr. Beaurain.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Eter jodowy (Aether jodatus), używany od niedawna wewnętrznie zamiast jodu, zalecają obecnie Linossier i Lannois zewnętrznie, w zastępstwie nalewki jodowej, którą przewyższa własnością łatwego wchłaniania jodu do ustroju. Po stosowaniu jednak należy dobrze osłonić miejsce, na które lek ten zapędzelkowano. F. K.

Na posiedzeniu „Société de thérapeutique“ Gallois zaleca zamiast maści i żelatyny agar, mający tę wyższość nad wymienionymi przetworami, że chłodzi skórę, zasycha łatwo, a nie ściąga skóry jak żelatyna. Do użycia najlepszym jest rozczyn wodny 1—2%, którego nie potrzeba ogrzewać, a ze skóry łatwo zmyć się daje. W róży n. p. stosuje G. sublimat w następujący sposób: „Rp. Agar-agar 1,0 Hydr. subl. corr., Ac. tartar. aa 0,10 Aqu. dest. 100,0“. F. K.

Rozsas z Wiednia stosuje w wypryskach na rękach, szczególnie tak zw. zawodowych, tuszowanie lapisem po poprzedniem zwilżeniu skóry i następnem spłókaniu nadmiaru rozczynem soli kuch., poczem przykłada pastę salicylową. Po kilku dniach strup się oddziela, a leczenie zakończa się wzmiankowaną pastą. Edlefsen z Hamburga używa, w tem samem cierpieniu, pędzlowania 1—2 razy dziennie następującym rozczynem: „Jodi pur. 0,10 Kal. jod. 0,25 Glycerin. 12,50“ i przykrywa te miejsca płótnem; gdy stan poprawi się, stosuje obok tego maść borową (rano maść, wieczór gliceryna jodowa). F. K.

M. Guyot odprowadza załupok (paraphimosis) w ten sposób, że stawia między uda chorego siedzącego naczynie z zimną wodą, którą, przed sprowadzeniem napletka na żołądź, zlewa prącie, przez co działa przeciwzapalnie na części obrzękłe. Polewając podczas sprowadzania napletka kilka razy prącie zimną wodą, ułatwia sobie zabieg przez zmniejszenie obrzęku i dokonywa go mniej boleśnie (Deut. m. Zeit.). F. K.

Przez Eichhoffa zalecany do maści tłuszcz, (Deut. m. Zeit. Nr. 19), teralina, jest barwy białawo-żółtej, zapachu przyjemnego, aromatycznego, twardości lanoliny, ale więcej plastyczny. Maście z teraliną dają się długo utrzymywać, nie działają drażniąco nawet dłużej stojące, ulegają łatwo wessaniu i łatwo je zmywać wodą. Przez dłuższe stanie teralina twardnieje nieco, po dodaniu jednak gliceryny łatwo odzyskuje pierwotną miękkość. F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 23 marca 1898.

Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Dr. Jakubowski. Obecnych członków 43.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. prezes odczytał pismo redaktora „Przeglądu lekarskiego“, uwiadamiające, iż do komisyi redakcyjnej przybrani zostali koll.: Bujwid, Ciechanowski, Kośmiński, Kryński, Sroczyński, Surzycki, Wicherkiewicz i Zarewicz.

Kol. prezes w dłuższem przemówieniu podniósł zasługi byłego prezesa kol. Surzyckiego, położone około rozwoju Towarzystwa i przedstawił wniosek Komitetu, by Towarzystwo uczciło kol. Surzyckiego adresem uznania. Wniosek powyższy został wśród oklasków jednomyślnie uchwalony.

Na członka zwyczajnego przyjęty został jednogłośnie kol. Dr. Mieczysław Sołtysik.

Kol. Lewkowicz przedstawił dziewięcio-letniego chłopca, cierpiącego na bąblowca nerki lewej. Rozpoznanie tego przypadku stwierdzonem zostało przez wykazanie obecności charakterystycznych haczyków w treści guza, uzyskanej zapomocą nakłócia próbnego.

W dyskusyi nad powyższą demonstracyą zabierali głos koll.: Bossowski i Krokiewicz.

Kol. Krokiewicz przedstawił 26-letniego mężczyznę, cierpiącego na syringomyelię.

Odczyt kol. Krokiewicza, wypowiedziany na temat syringomyelii, ukaże się w „Przeglądzie lekarskim“.

W dyskusyi nad odczytem kol. Krokiewicza zabierali głos koll.: Borzęcki i Siedlecki.

Sekretarz doroczny: *Dr. Xawery Gorski.*

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

Dnia 14-go maja b. r. o godzinie 5-tej po południu odbędzie się w auli Uniwersytetu Jagiell. (collegium novum) w Krakowie wiec lekarzy, należących do Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

Porządek dzienny:

1) Sprawa zaopatrzenia lekarzy na starość.
2) Sprawa funduszu dla wdów i sierót po lekarzach.
3) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych majstrów.
4) Stanowisko lekarzy wobec kas chorych robotników.
5) Sprawa taks sądowo lekarskich.
6) Wnioski zechcą koledzy przesłać do dnia 8-go maja do Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej (Kraków, ulica ś-go Krzyża l. 7, II. piętro).

Wnioski, nie zgłoszone w powyższym terminie na piśmie, nie będą mogły być przedmiotem obrad.

Prezydyum Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 21 Kwietnia.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, kol. doc. Nowak okazał pouczający preparat anatomiczny; kol. prof. Browicz miał wykład: O mięsieniu błony śluzowej nosowo-gardłowej.

* »Wiener Ztg.« donosi, że piastujący tytuł profesora, Doc. Dr Rudolf Trzebicky, mianowany został profesorem nadzwyczajnym chirurgii w Uniw. Jagiellońskim.

* Sprawa podwyższenia płacy lekarzom miejskim m. Krakowa weszła na pomyślne tory. Przebieg jej jest następujący: dotychczasowa pensya lekarzy miejskich wynosi: jeden z nich pobiera 1000 złr. i 250 złr. mieszkalnego, dwóch innych po 800 i po 200, oraz pięciolecia. Pierwotny wniosek sekcyi prawniczej, jak o tem w swoim czasie donosiliśmy, opiewał: »pensyi nie podnosić, rangi nie udzielać«. Następnie sprawę tę roztrząsał podkomitet, który wystąpił z wnioskiem »nieudzielania rangi, lecz podniesienia płacy«, mianowicie jednemu do 1250 złr., a dwom do 1000 złr., pozostawiając mieszkalne i pięciolecia w kwocie dotychczasowej. Komisya pełna, na posiedzeniu d. 19 b. m., ten wniosek podkomitetu zmieniła i uchwaliła przedłożyć Radzie miejskiej następującą propozycyę: 1) nadać wszystkim 3 lekarzom miejskim rangę IX-tą; 2) przyznać pensyę, podług wniosku podkomitetu, t. j. 1250, 1000 i 1000 złr., oraz 3) dodatki aktywalne po 300 złr., odpowiadające randze IX tej.

Niema powodu wątpić, że Rada miejska zatwierdzi tę sprawiedliwą uchwałę komisyi.

Pomyślny zwrot w tej sprawie jest zasługą Radcy m., Dra Ponikły, któremu należy się szczera wdzięczność nie tylko od osób bezpośrednio interesowanych, lecz i od ogółu lekarzy, gdyż prof. Ponikło, występując w obronie pokrzywdzonych jednostek, zajął zasadnicze stanowisko — godności stanu lekarskiego.

* D. 10 b. m. nastąpiło w Madrycie otwarcie IX międzynarodowego Zjazdu dla higieny i demografii. Dr. Calleja prezes Zjazdu, powitał zgromadzenie i w pięknem przemówieniu wykazał znaczenie higieny w życiu tegoczesnego społeczeństwa. Wychodząc z zasady, że w bycie rodzaju ludzkiego ogół więcej znaczyć powinien, niż jednostka i że ułamek jest zawsze mniejszą ilością niż liczba cała, mowca ten logicznie doszedł do wniosku, że wykonawstwo przepisów sanitarnych powinno górować nad poszanowaniem wolności osobistej, a moralna ta zasada, która w chwilach niebezpieczeństwa staje się praktyczną, stać się powinna także i zasadą prawną. Prof. Brouardel dziękował w imieniu Komisyi stałej, organizującej Zjazdy higieniczne, Komitetowi wykonawczemu obecnego Zjazdu za tak serdeczne przyjęcie. Następnie wstępywali kolejno na estradę delegaci zagraniczni, wyrażając hołd i uznanie tak kolegom hiszpańskim, jak i władzom miejscowym. Wreszcie przedstawiciele rządu i burmistrz miasta powitali przybyłych z różnych części świata higienistów.

Na Zjazd stawiło się do 1600 członków: to, względnie do Zjazdów poprzednich, zmniejszenie się było przewidziane, gdyż żądano od zgłaszających się członków dowodów kwalifikujących; lecz i stan przedwojenny w Hiszpanii niemało na to wpłynął. Podług krajów bierze udział w Zjeździe 900 Hiszpanów, 110 Francuzów, 50 Anglików, 48 Niemców, 35 z krajów rakuzkich, 14 Włochów, 13 Belgów, 10 Japończyków, 9 Szwajcarów, 6 Turków, 5 z Warszawy, 3 Chińczyków, 2 z Petersburga, 2 z Moskwy itd.

Zjazd podzielił się na 2 gromady: higieniczną i demograficzną, a znowu każda z nich rozpada się na sekcye.

* Dnia 15 b. m. krakowskie Towarzystwo ratunkowe wręczyło swemu ustępującemu prezesowi, prof. Obalińskiemu, adres, wyrażający uznanie i wdzięczność za długoletnie wzorowe i pożyteczne przewodnictwo.

* Po zmarłym Dr. Dereniowskim wakuje posada lekarza miejskiego w Jordanowie, na którą Zarząd gminy rozpisał konkurs. Roczna płaca 300 złr. w. a.; termin do wniesienia podania kończy się 1-go maja.

* W roku 1897 było lekarzy: we Francyi 26,000, w Niemczech 24.393, w Anglii 18,936.

* Według Weldera (Chrystyania) na 100 małżeństw bezpłodnych w 70 przyczyną bezpłodności jest mąż.

* Przyszłoroczny Zjazd internistów niemieckich odbędzie się w Karlsbadzie.

* „Wileński Wiestnik“ donosi, że Lekarskie Towarzystwo wileńskie powołało z swego grona komisyę, mającą za zadanie obmyśleć sposób uczczenia pamięci ś. p. Titiusa, swego honorowego prezesa.

* Prof. Robert Koch opuszcza już w kwietniu Afrykę, a w maju przybędzie do Berlina.

* Na wystawie paryskiej, w roku 1900, ma być osobny budynek przeznaczony dla pomieszczenia licznych Zjazdów, mających się odbyć w tym czasie.

* Z Odesy donoszą, że zamierzone otwarcie Wydziału lekarskiego nastąpi tam w jesieni 1899 r.

* Rada miasta Paryża uchwaliła wystawić pomnik Charcotowi u wejścia do Salpetrière.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Bolesław Dereniowski, lat 36, lekarz miejski w Jordanowie. Dr. Jerzy Dragendorff, b. profesor farmacyi w Dorpacie, lat 62, zmarł w Rostocku.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Nr. 7: Prof. Goldscheidera i Dra Flataua: O celach najnowszych badań nad komórkami nerwowemi. W *Medycynie* Nr. 16: Dr Opieński J.: O stosowaniu w płonicy surowicy przeciwpaciorkowcowej. Szumowski W.: O ruchu laseczników gruźlicy. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 16: Dra Gajkiewicza Wł.: Kilka słów o pseudotężcu. Dra Lidmanowskiego K.: W kwestyi działania dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem. Dra Ciechomskiego A.: Przyczynek do kazuistyki ropni wątroby urazowego pochodzenia (dokończenie).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Ołtuszewski Wł.: O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych Flechsiga dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy, oraz nauki o niemocie. Warszawa, 1897.

— Tenże: Ogólne uwagi o zboczeniach mowy. Warszawa, 1898 r.

— Tenże: Piąty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Warszawa, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie dnia 27 b. m., o godzinie 6-tej w *Collegium novum* (Sali Śniadeckich) posiedzenie nadzwyczajne, na którem roztrząsana będzie sprawa ukonstytuowania się Stowarzyszenia dla nocnych dyżurów lekarskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 30. Kwietnia 1898. Nr. 18.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z prosektoryum sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Kilka luźnych spostrzeżeń

podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,

docent anatomii patologicznej i asystent Uniw. Jagiell.

II. Morderstwo przez ucięcie głowy.

Były litograf R..., uchodzący za niezupełnie umysłowo zdrowego i nawet oddany na czas jakiś do zakładu obłąkanych Villejuif, nie zdołał po wyjściu stamtąd zarobić na utrzymanie swej rodziny, wskutek czego opuściła go żona, zdobywając chleb dla siebie i dzieci, jako modelka. R., pojawiał się od czasu do czasu w mieszkaniu żony, wzywając ją do powrotu i grożąc jej w razie odmowy śmiercią. Nakoniec 27 listopada r. z., po kilkogodzinnem oczekiwaniu na ulicy, przyłaczył się do żony, wracającej do domu i w jej mieszkaniu zamordował ją brzytwą, ukrytą poprzednio w rękawie, poczem sam oddał się w ręce władzy.

Protokół sekcyi, której byłem świadkiem, przytaczam wraz z orzeczeniem dosłownie, jako przykład form, używanych we Francyi, których zalety i wady łatwo ocenić.

„Podpisany Dr. J. Socquet, wykonując zarządzenie p. Bertulus, sędziego śledczego trybunału I instancyi dep. Sekwany, opiewające: ... (tu następuje treść wezwania), przystąpił, po złożeniu przysięgi, do oględzin zwłok w dniu 1 grudnia 1897 r.

Są to zwłoki kobiety średniego wzrostu, których głowa została zupełnie oddzieloną od tułowia. Linia cięcia biegnie wogóle poprzecznie, od niej rozchodzi się jednak kilka rozgałęzień, świadczących, że cięto na kilka zawodów; stos pacierzowy przecięty pomiędzy 5 a 6 kręgiem szyjnym. Na przedniej powierzchni kręgosłupa, o 1 ctm. poniżej głównego cięcia, oddzielającego głowę od tułowia, znajduje się drugie po-





przecznie biegnące nacięcie, sięgające w głąb trzonu szóstego kręgu szyjnego, mniej więcej na 2 do 3 milimetrów.

Chrząstka tarczykowa kilkakrotnie przecięta.

Na głowie znajduje się cięcie pionowe, wzdłuż tylnego brzegu ramienia pionowego żuchwy, zaczynające się pod płatkiem ucha prawego, okrążające w dalszym ciągu podbródek na granicy szyi i kończące się o 2 ctm. poniżej płatka ucha lewego. Nieco poza lewem uchem znajduje się rana cięta, pionowa, sięgająca do kości, długa 9 ctm. Trzy ctm. z tyłu poza uchem prawem, druga podobna rana prostolinijna, pionowa, długości 7 ctm. Na skroni lewej siniec, jako taki przez nacięcie stwierdzony, mierzący w średnicy 4 ctm.

Wzdłuż pochewki tętnicy szyjnej (carotis) prawej, lekkie podbiegnięcie krwawe.

Ręce. Na przedniej (dłoniowej) powierzchni palca wielkiego ręki prawej znajduje się rana cięta, prostolinijna, sięgająca aż do kości. Na grzbietowej powierzchni pierwszej i drugiej falangi wskaziciela prawego ranka cięta, prostolinijna, długości 2 ctm. Na grzbietowej powierzchni średniego palca ręki lewej mała ranka cięta.

Na dłoniowej powierzchni wielkiego palca ręki lewej mała powierzchowna ranka cięta.

Zresztą zewnętrznie nie widać na zwłokach innych obrażeń.

Kości czaszki całe. Opony mózgowe blade, mózg i móżdżek bez zmian.

Brzegi rany na szyi nie są podbiegnięte krwią.

Pod opłucną, pokrywającą płuca, kilka drobnych wybroczyn. W szczytach płuc nieliczne gruzełki, obfitsze po stronie lewej, niż po prawej. Zresztą miąższ płuc blady, innych zmian nie przedstawia. Serce próżne; narząd zastawkowy prawidłowy. Żołądek próżny i przedstawia się podobnie jak wątroba, śledziona i nerki prawidłowo. Jelita i narząd płciowy bez zmian.

Wnioski: 1) Przyczyną śmierci jest krwotok i obrażenie rdzenia pacierzowego, będące skutkiem zupełnego przecięcia szyi.

2) Te obrażenia, znalezione na zwłokach, są sprawione zapomocą narzędzia ostrego, którem mogła być brzytwa.

3) Obrażenia, znalezione na rękach, powstać mogły pod działaniem tego samego narzędzia, w chwili, gdy ofiara usiłowała zasłonić się przed ciosami mordercy".

Przypadek ten stanowi istotne „curiosum". Znane są wprawdzie morderstwa, a nawet, co ciekawsza, samobójstwa przez poderznięcie szyi, sięgające bardzo głęboko; u zamordowanych znajdowano nawet prawie zupełne odcięcie głowy. I tak Hoffmann[1]) wspomina o dwojgu z trojga dzieci, zamordowanych przez szaleńca, alkoholika, częścią uderzeniami siekiery, częścią przez poderżnięcie szyi, u których głowa trzymała się tylko na częściach miękkich karku. W naszem spostrzeżeniu ofiarą była jednak osoba dorosła, u której tem trudniej było dokonać zupełnego ucięcia głowy, że morderca użył narzędzia stosunkowo małego i łamliwego, to jest brzytwy. Tem też prawdopodobniejszem stawało się przypuszczenie, że morderca działał w przystępie szaleństwa, za czem przemawiały, oprócz gwałtowności, z jaką czynu swego dokonał, także liczne cięcia dodatkowe, jak gdyby morderca chciał pastwić się jeszcze nad swą ofiarą. Wprawdzie przypadek, oceniany niedawno przez Wydział lekarski Uniw. Jag.[2]) dowodzi, że nawet istotne rozkawałkowanie zwłok[3]) nie stanowi pewnej wskazówki, iż czynu dokonał szaleniec, jednakże najczęściej zbrodnie obłąkanych odznaczają się szczególnem okrucieństwem. Z drugiej zaś strony okoliczności, towarzyszące zbrodni, groźby, które R... wielokrotnie przed czynem wygłaszał, z góry podjęte przygotowania, świadczące o obmyśleniu szczegółów zamachu, wreszcie dobrowolne oddanie się w ręce sprawiedliwości, naprowadzały sąd na myśl, że zbrodniarz nie był w chwili czynu umysłowo chory, ponieważ tego rodzaju zachowanie się przed i po czynie nierównie rzadszem jest u szaleńców, niż u zdrowych umysłowo morderców. Ponieważ przytem mordercą był człowiek, wypuszczony niedawno z zakładu obłąkanych, jako „wyleczony", przeto, wobec wszystkich tych wątpliwości zarządził sąd zbadanie stanu umysłowego obwinionego. Badanie to dowiodło, że R... jest istotnie umysłowo chory, usuwając odrazu trudności, jakieby w przeciwnym razie ocena stanu umysłowego mordercy w chwili czynu nasunąć mogła.

Drowi Socquetowi składam uprzejme podziękowanie za opis oględzin zwłok i fotografie, które mi oddał do rozporządzenia.

II. Ważniejsze przypadki z oddziału Prof. Pieniążka dla chorób krtani, gardła i nosa

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

zestawił

Doc. Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent uniwersytecki oddziału.

Na szczególną uwagę zasługuje przypadek twardzieli, gdzie obok zwężenia w krtani, było również zwężenie w tchawicy i oskrzelach głównych. Przypadek ten spostrzegany był od roku 1895 w różnych odstępach czasu; w r. 1896, zauważono zaraz po wykonaniu tracheotomii brak poprawy w oddechaniu, a lejkiem tchawicznym zobaczono zwężenie w dolnej części tchawicy od strony prawej; usunięto wówczas łyżeczką ostrą części zwężające światło tchawicy, a po uzyskaniu poprawy w zwężeniu krtani, wypisano chorego z kaniulą, po blizko dwumiesięcznem leczeniu. W roku 1897 przyszedł chory znowu z objawami utrudnionego oddechania, mimo kaniuli. Lejkiem tchawicznym stwierdzono zwężenie okrężne w dolnej części tchawicy, głównie od strony prawej i tylnej, z otworem kształtu nieregularnego, wielkości małego grochu; przez otwór ten nie można było dojrzeć podziału tchawicy. Pod kontrolą wzroku, przy użyciu lejka, wyskrobano dokoła naciek, zajmujący okrężnie ściany tchawicy i założono kaniulę elastyczną Pieniążka Nr. 18, potem Nr. 20 skali angielskiej i tę chory nosił przez przeszło trzy tygodnie; a gdy światło tchawicy zdawało się być dostatecznie szerokie, dano kaniulę zwykłą. Mimo jednak tych zabiegów chory nie oddychał swobodnie, a badanie przysłuchem, podjęte zaraz z początku, wskazywało na zwężenie oskrzela lewego. Zapomocą lejka stwierdzono, iż klin podziałowy tchawicy jest znacznie zgrubiały; wejście do prawego oskrzela nieźle widoczne, było nieco zwężone przez wspomniane zgrubienie klina, a nadto przysłonięte od zewnątrz przez naciek, zajmujący dolną część tchawicy powyżej miejsca odejścia oskrzela; wejścia do lewego oskrzela dojrzeć nie można było. By uzyskać rozszerzenie oskrzela prawego, wyskrobano pod kontrolą wzroku naciek ze strony wewnętrznej oskrzela i klinu podziałowego, zostawiając znowu choremu kaniulę elastyczną. Po kilku dniach wyskrobano ze wszystkich stron oskrzele lewe, a następnie zaczęto systematyczne rozszerzanie oskrzeli zapomocą kateterów angielskich. Kateter Nr. 15 z mandryną, przy założonym lejku i odpowiednem nachyleniu się chorego, wchodził bardzo łatwo do oskrzela prawego, trudniej już do lewego; w końcu jednak, gdy już przez dłuższy czas wchodził do prawego oskrzela kateter Nr. 16, ten sam numer dał się wprowadzić i do oskrzela lewego, zawsze jednak w tem ostatniem napotykał na opór, mający przyczynę częściowo w zgrubieniu ściany bocznej tchawicy, powyżej wejścia do oskrzela, częściowo zaś w zgrubieniu klina. Wyskrobano tedy naciek ze ściany bocznej tchawicy i prowadzono dalej rozszerzanie oskrzeli. Po dwumiesięcznem rozszerzaniu zyskano tak wyraźną poprawę, iż w celu zapobieżenia ciągłemu zasychaniu wydzieliny w tchawicy, przystąpiono do leczenia zwężenia w krtani, względnie w jej przedsionku; przypalono galwanokauterem w przedsionku boczną ścianę po stronie lewej, wynik był bardzo dobry, gdyż chory już w kilka dni później, mógł przebywać, nawet w nocy, z kaniulą, przytkaną koreczkiem. Gdy strupy, powstałe z zastosowania galwanokauteru, odpadły, zaczęto rozszerzanie krtani rurkami kauczukowemi Schröttera z większem zakrzywieniem. Chory znajduje się jeszcze obecnie w leczeniu; szmery oddechowe w okolicy wnęki płuc są prawidłowe. Jednak nawet po zupełnem poprawieniu zwężenia krtani usunięcie kaniuli nie byłoby praktycznem, ze względu na zmiany w tchawicy i oskrzelach, póki po dłuższej kontroli nie nabranoby przekonania, o trwałem usunięciu zmian w wyżej wspomnianych częściach. Wynik leczenia

[1]) Lehrbuch der gerichtlichen Medicin. Wydanie VI. 1893. str. 393.

[2]) Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydz. lek. Uniw. Jag. „Przegląd lekarski, 1897. (Sprawa Paraski N.).

[3]) Sprawę tę opracował wyczerpująco Sieradzki („Przegląd lekarski" 1896).

w tym przypadku był na razie bardzo zadowalniający, czy jednak na długo zyskaliśmy poprawę, trudno poręczać ze względu na przyrodę sprawy chorobowej. Przecież zawsze w przypadkach tego rodzaju nie pozostaje nic innego, jak energiczne zastósowanie zabiegu chirurgicznego, by, chroniąc chorych od niechybnego uduszenia się, zyskać miejsce do rozpoczęcia systematycznego rozszerzania.

Przypadków zwężeń krtani po przebytym dławcu, mieliśmy siedm. Z tego w dwóch przypadkach nie wykonano tracheotomii, a przyczyną zwężenia były zgrubienia podwięzadłowe, które raz już w krótkim czasie usunięto po zakładaniu tubusów Pieniążka (w górze na przekroju trójkątnych); inny przypadek, który już w chwili przyjęcia okazywał objawy gorączki, zakończył się po kilku dniach śmiertelnie, z powodu obustronnego zapalenia płuc. W innych pięciu mieliśmy tracheotomię zrobioną: raz przyczyną niemożności usunięcia kaniuli była ziarnina, usadowiona odpowiednio do okienka kaniuli pod kątem przednim, obok obrzmień okolicy podwięzadłowej. Po usunięciu ziarniny ostrą łyżeczką przez otwór tracheotomijny, założono następnie na kilka dni tamponik z gazy jodoformowej i zyskano o tyle na rozszerzeniu światła okolicy podwięzadłowej, iż chory z kaniulą przytkaną korkiem, oddychał swobodnie. Ponieważ jednak obrzmienie podwięzadłowe wracało, usunięto kaniulę i założono tubus trójkątny, początkowo mniejszy, potem większy, który chory nosił przez dni 11, a wyleczony w końcu ze zwężenia, opuścił szpital.

W dwóch przypadkach, gdzie obok zgrubień podwięzadłowych, było, wskutek blizny na tylnej ścianie, ściągnięcie chrząstek nalewkowych, do ustawienia się fonacyjnego, gdy sposobem rozszerzania tamponikami nie można było uzyskać dostatecznego światła, by módz kaniulę usunąć, podjęto laryngofisurę, wycięto zgrubienia podwięzadłowe, a bliznę na tylnej ścianie przecięto. Przecież następowo potrzeba było jeszcze przez dłuższy czas stósować rozszerzanie, obok przypalenia galwanokauterem wyniosłości na ścianach bocznych, tworzących się na granicy okienka kaniuli. Mozolne i wymagające wiele cierpliwości ze strony lekarza leczenie zostało uwieńczone skutkiem pomyślnym; w jednym z tych przypadków, po usunięciu kaniuli, założono jeszcze na kilka dni tubus trójgraniasty, a gdy przetoka tchawiczna zarosła, chory wyszedł wyleczony. W drugim przypadku, lubo chora, obserwowana po dekaniulacyi przez dłuższy czas, oddychała zupełnie swobodnie, przecież ze względu, iż pod kątem przednim i częściowo od boków z przodu pozostały wyniosłości, nie zeszywano przetoki tchawicznej, chorą zaś wypisano, by po dłuższej przerwie módz się przekonać, czy ewentualnie nie wytwarza się na nowo zwężenie. Według zasiagniętych wiadomości, co do tego przypadku, chora już od blisko pół roku oddycha bardzo dobrze, niewątpliwie więc rodzice jej zgłoszą się kiedyś, by dziecku zaszyć przetokę tchawiczną.

W innym przypadku przyczyną zwężenia była okrężna blizna po nad okienkiem kaniuli, obok zupełnie dobrej ruchomości strun głosowych. U tej chorej, obok rozszerzania, stósowano również leczenie galwanokauterem; chora, leczona następnie ambulatoryjnie, oddycha z przytkaną kaniulą, pozostaje jednak nadal w leczeniu, z powodu wytworzenia się blizny sierpowatej od bocznej ściany, po stronie lewej i od tyłu, co przeszkadza dekaniulacyi; wreszcie u tej chorej mamy również klinowatą wyniosłość, odpowiednią tylnej płycie chrząstki obrączkowej, co także stać będzie na przeszkodzie usunięcia kaniuli.

Wreszcie ostatni przypadek zwężenia po dławcu, leczony jest, od przeszło pięciu lat, naprzemian, to w szpitalu to ambulatoryjnie. Gdy już nastąpiła poprawa, chory usunął się na dłuższy czas z pod obserwacyi, a przy zgłoszeniu się ponownem, stwierdzono zupełne zarośnięcie krtani; w tyle od dołu widać było ślepo kończący się dołeczek. Wykonano tedy u chorego laryngofisurę, wycięto bliznowatą tkankę możliwie najdoszczętniej, by uzyskać komunikacyę między tchawicą a wejściem do krtani. Utrzymywanie jednak sztucznie wytworzonej szpary głosowej, napotyka znaczne trudności, głównie ze strony chorego, który zaniedbuje leczenia ambulatoryjnego, a trzymać go ciągle w szpitalu znowu niepodobna. Przecież nie tracimy nadziei, iż trud nasz wynagrodzi wyleczenie jego z kalectwa, to jest uwolni od noszenia kaniuli, chociaż głos chorego będzie wiele pozostawiał do życzenia.

Oprócz zwężenia oskrzeli, z powodu twardzieli, obserwowaliśmy nadto jeszcze dwa inne przypadki zwężenia oskrzeli, w których przyczyną zwężenia był ucisk.

W jednym z tych przypadków, który dotyczył młodej dziewczyny, dowiedzieliśmy się z wywiadów, iż przed kilku miesiącami przebywała zapalenie opłucnej, po czem zaczęła uczuwać duszność, która w ostatnich czasach wzmogła się, występując silnie, nawet już przy wykonywaniu najlżejszej pracy. Mogliśmy tylko zwierciadełkiem stanowczo wykluczyć ażeby zwężenie krtani, względnie tchawicy, które okazały się bez zmian, było przyczyną duszności; w głębi zaś oskrzeli nie wiele można było dojrzeć. Oglądanie klatki piersiowej wykazało zupełną nieruchomość prawej jej połowy, z wypukiem zupełnie czczym, ze słyszalnymi, lubo osłabionymi, szmerami oddechowymi, wydechem przedłużonym, a w okolicy wnęki z wyraźnymi objawami przysłuchowymi zwężenia oskrzela. Ucisk polegał tu prawdopodobnie na powiększeniu gruczołów śródpiersia, przypuszczalnie na tle gruźliczem; tak również możnaby tłómaczyć przebyte zapalenie opłucnej; chora po kilku dniach usunęła się z pod obserwacyi, jednorazowe badanie bardzo skąpych plwocin nie wykazało prątków gruźliczych.

Przypadek drugi był obserwowany klinicznie zaledwo kilkanaście godzin, gdyż już w sam dzień przyjęcia, a względnie przeniesienia go z oddziału wewnętrznego, pod wieczór, zakończył się śmiertelnie. Chora, licząca lat 38, zastaliśmy w stanie zapadu z objawami zwężenia oskrzela i to, jak badanie okolicy wnęki płuc wykazało, lewego. Wypukiem nie można było stwierdzić nic nieprawidłowego; w żwierciadle krtaniowem widzieliśmy jedynie przyleganie do ścian tchawicy zaschłej krwawej wydzieliny, obok licznych wynaczynionek w samej błonie śluzowej. Ciepłota chorej była poniżej prawidłowej. Z wywiadów, zanotowanych w oddziale wewnętrznym, dowiedzieliśmy się, iż chora skarżyła się już od pięciu miesięcy na ciągle zwiększającą się duszność. Rozpoznanie kliniczne było zupełnie niejasne. Nekroskopia, wykonana dnia następnego osobiście przez prof. Browicza, wykazała pierwotną gruźlicę gruczołów chłonnych na szyi, po stronie lewej, w śródpiersiu tylnem i poza otrzewną, oraz zropienie gruczołów około wnęki i uciśnięcie oskrzela lewego.

Błona śluzowa tchawicy i oskrzeli była pokryta nalotami wypociny włóknikowej, obok licznych wynaczynień, zresztą obraz rozlanego ropnego zapalenia oskrzeli. Z narządów wewnętrznych, nerki okazywały zmiany zwyrodnienia tłuszczowego i to wysokiego stopnia. Niewątpliwie przyłączenie się sprawy zapalnej w błonie śluzowej oskrzeli, przyśpieszyło śmierć chorej, już i tak schorzałej długotrwałem cierpieniem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O syringomyelii.

Podał
Dr. Antoni Krokiewicz,
prymaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

(Rzecz wypowiedziana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego w d. 23. marca 1898).

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

Tyle co do stosunków anatomicznych i patogenezy w syringomyelii.

Objawy kliniczne [1]), które występują w przebiegu sprawy anatomicznej syringomyelii, przemawiają za zajęciem równocześnie przednich i tylnych części rdzenia pacierzowego w różnym stosunku. Uwzględnić nam tu jednak należy tylko syringomyelię w ścisłem słowa znaczeniu, t. j. sprawę chorobową, odznaczającą się obecnością jam w rdzeniu pacierzowym. Ze stanowiska bowiem anatomopatologicznego odróżniamy od syringomyelii poszczególną postać t. zw. „hydromyelus", t. j. przypadki, gdzie, wskutek wady utworowej lub zaburzeń w krążeniu, kanał środkowy rdzenia ulega jednostajnemu rozszerzeniu. Zazwyczaj też warstwa istoty szarej rdzenia, granicząca z kanałem środkowym, jest tylko jednostajnie uciśniętą i dlatego brak wszelkich objawów klinicznych, a nawet wtedy, gdy pierwiastki nerwowe istoty szarej rdzenia, wskutek powolnego rozszerzania się jamy kanału środkowego, powoli zanikają, zaburzenia czynnościowe, stąd powstające, wyrównują się na pewien czas, wskutek działania zastępczego utrzymanych jeszcze części istoty szarej rdzenia pacierzowego, które na siebie przyjmują rolę komórek zanikających. W innych przypadkach objawy kliniczne „przy hydromyelus" są równorzędne z objawami klinicznymi przy syringomyelii.

Jeśli sprawa chorobowa, jak zazwyczaj, wychodzi z okolicy kanału środkowego w części szyjnej rdzenia i zajmuje istotę szarą tylnych rogów, to występują w zakresie górnych kończyn zaburzenia w czuciu ciepła i bólu (Thermanasthaesia i Analgesia), podczas gdy czucie dotyku i mięśniowe względnie bywa nieznacznie upośledzone. Zjawisko to łatwo wytłómaczyć, skoro zważymy, że włókna przewodzące czucie dotyku (Tastfasern) i czucie mięśniowe stanowią główną część składową tylnych sznurów rdzenia pacierzowego (Galla), podczas gdy czucie ciepła i bólu przewodzą komórki zwojowe znajdujące się (Schiff) w tylnych rogach istoty szarej rdzenia. Zatem sprawa, która z początku głównie zajmuje istotę szarą tylnych rogów, będzie głównie powodowała zmiany w przewodnictwie czucia ciepła i bólu, a więc w pierwszej linii powodowała t. zw. analgezyę i termanaestezyę.

Również i na podstawie dzisiejszych wiadomości o przebiegu szlaków dla nerwów naczynioruchowych, łatwo przyjąć, że zanik istoty szarej rdzenia pacierzowego powoduje zboczenia naczynioruchowe. Są zatem w przebiegu syringomyelii różnorodne zaburzenia odżywcze, naczynioruchowe i wydzielnicze skóry i tkanek, jak n. p. pęcherzyca, odleżyny, zapalenia tkanki podskórnej kończyn, powodujące zniekształcenie rąk jakby przy trądzie (lepra mutilans). W niektórych przypadkach syringomyelia przebiega głównie tylko wśród zapaleń głębokich palców u rąk, połączonych z zupełnem znieczuleniem na ból i ciepło, a chorobowa ta postać kliniczna znaną jest pod nazwą „Mbs. Morvani".

I wydzielanie potu jest nieprawidłowe; odruchy skórne różnie się zachowują (od podniesionych do zniesionych). Często dołączają się do obrazu klinicznego zaburzenia ze strony pęcherza, odbytnicy tudzież niezborność ruchów.

Powyższe objawy świadczą o zajęciu tylnego spoidła i tylnych rogów, a poniekąd i części tylnych sznurów rdzenia pacierzowego; zawsze dołączają się i zmiany przemawiające za zajęciem i przednich rogów. Mięśnie kończyn górnych, a później i dolnych, ulegają zanikowi, przez co wytwarza się obraz t. zw. zaniku postępowego mięśni (atrophia progressiva musculorum spinalis). W miarę rozszerzenia się sprawy chorobowej na poprzek rdzenia zmienia się i obraz chorobowy, zależnie od tego, czy więcej szlaki pyramidalne, czy też tylne sznury zostają uciśnięte. W pierwszym przypadku występują objawy t. zw. spastyczne, jak przy zwyrodnieniu sznurów bocznych (sclerosis lateralis), ale ze zmianami czuciowemi; w drugim przypadku przychodzi do zniesienia poczucia dotyku i czucia mięśniowego, których względna nienaruszalność, z wybitnem od samego początku brakiem poczucia ciepła i bólu, stanowiła pierwotnie rażące przeciwieństwo.

Jeżeli sprawa chorobowa rozszerza się ku górze, to dołączają się do obrazu klinicznego objawy, przemawiające za zajęciem opuszki rdzenia przedłużonego (porażenie języka, jądra n. twarzowego, odwodzącego (abducens polyuria etc.).

Z tego wynika, że obraz kliniczny przy syringomyelii różnie się przedstawia, a i postawienie rozpoznania napotyka na niejedną trudność. W miarę usadowienia się sprawy chorobowej, zależnie od tego czy zmiany czucia, czy zaniku mięśniowego występują na pierwszy plan, w pierwszym przypadku obraz chorobowy będzie przypominał wiąd rdzenia pacierzowego, w drugim zaś postępowy zanik mięśni (atrophia musculorum progressiva spinalis). W innych przypadkach przebiega syringomyelia pod postacią kliniczną „sclerosis lateralis amyotrophica" lub „paralysis bulbaris". Jeśli zaś chodzi o rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku jest rzeczywiście syringomyelia, to kryteryum stanowi zbiór objawów, które cechuje zajęcie istoty szarej rdzenia pacierzowego w okolicy tylnych rogów, a przedstawiają się pod formą porażeń czucia, jako termanestezya i analgezya, obok zaburzeń naczynioruchowych i zaników mięśniowych. Rozumie się, iż zawsze rozpoznanie tylko z pewnem zastrzeżeniem może być uczynione. Podobny bowiem obraz może przedstawiać i guz rdzenia pacierzowego, atoli tu objawy chorobowe szybko występują, podczas gdy w syringomyelii trwają całe lata.

[1]) Leube. Diagnose der inneren Krankheiten 1895.

W przypadku, który dziś przedstawiłem, syringomyelia tuszowana jest objawami mięśniowego zaniku postępowego rdzenia.

Na zakończenie opisu objawów klinicznych, spotykanych w syringomyelii, należy mi zwrócić uwagę na cechująca niekiedy łódkowatą postać klatki piersiowej (thorax en bateau), jak to na dziesięć przypadków Astier [2]) i Marie zauważyli 4 razy, a Kiennböck [3]) na 4 przypadki, 2 razy, — tudzież na częste występowanie skrzywienia kręgosłupa (scoliosis).

Wreszcie nie mogę pominąć milczeniem, iż mojem zdaniem syringomyelia i w naszym kraju częściej się pojawia niż dotychczas sądzono i, że tylko z powodu niezbyt dokładnego badania, przypadki pojedyncze uchodziły naszej uwagi. Przemawia za tem przypadek opisany w *Przeglądzie lekarskim* przez kol. Prusa [4]), który miał przebiegać pod postacią kliniczną choroby Morwana; wynika to i z analogii z częstem względnie pojawieniem się przypadków syringomyelii na klinice Schröttera w Wiedniu, gdzie w ciągu 3-ch lat ostatnich Schlesinger [5]) spostrzegał 20 przypadków, a w m. styczniu roku bieżącego Kiennböck [6]) przedstawił na posiedzeniu lekarskiego klubu wiedeńskiego z tejże kliniki cztery przypadki syringomyelii.

IV. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

Podczas gdy nauka lekarska prawie z dniem każdym wzbogaca się zdobyczami, poczynionemi przez najmłodsze, lecz szybko rozwijające się gałęzie wiedzy, jako to: bakteryologię, organoterapię, toksykologię itd., umysł ludzki z ciekawością chwyta w lot wszystko, co w tym względzie usłyszy lub przeczyta, pokrywając niejako cieniem zapomnienia stare zasadnicze prawa nauk podstawowych, któremi niejednokrotnie całkiem się nie zajmował od ławy uniwersyteckiej. A przecież nauki te rozwijają się ciągle, a prawa ich ulegają pewnym przeobrażeniom, których treść nie tak łatwo może każdemu dostępna, lecz niemniej ważna ze względów ogólno-lekarskich. Fizyologia nerwów n. p. i specyalnych zakończeń obwodowych, czyli zmysłów, stoi w tak ścisłym związku z nauką praktyczną, iż jej nie godzi się traktować po macoszemu; wszakże działy te, a szczególnie fizyologia zmysłów, są nawet przeważnie dziełem praktyków i wynikiem spostrzegania klinicznego, z którymi każdy przeciętny lekarz bodaj w zarysie powinien być zaznajomionym, bo na szczegóły wszechstronny rozwój dzisiejszy wiedzy pozwolić nie może. W NNrach 10, 11, 12 *Przeglądu lekarskiego* podaliśmy łaskawym czytelnikom krótki rzut oka na naukę o zmysłach nadliczbowych; obecnie w formie treściwych wyciągów pragniemy ich zapoznać z tem, co w ostatnich czasach za wspólną pracą teoretyków i praktyków, ogłoszono nowego z dziedziny fizyologii zmysłów, a przedewszystkiem z dziedziny, obchodzącej najwięcej lekarza, — nauki o wzroku i czuciu skórnem.

1) M. v. Frey: **Przyczynek do fizyologii skóry.** (*Ber. d. ges. d. Wiss. Leipzig. Math. phys. Classe. S. 462*).

Zarówno dla fizyologa jak i dla internisty i neuropatologa ważnemi i ciekawemi były i są zawsze prawa, określające normę funkcyj zmysłu czucia, i chorobliwego ich zwyrodnienia. Otóż w sprawie jednego z takich „czuć“, a mianowicie w sprawie „czucia ucisku“, obchodzącej niemniej fizyologię zmysłów, jak i kliniczną estezyometryę, literatura naukowa znowu wzbogaconą została o kilka interesujących szczegółów. Jak wiadomo, trudno sobie wyobrazić dotknięcie bez pewnego ucisku, a w nauce panowało z powodu tego zamięszanie pojęć „czucia dotykowego“ i „czucia uciskowego“, mających być, zdaniem dawniejszych fizyologów i psychologów, skutkiem podrażnienia zupełnie tożsamych (identycznych) zakończeń nerwowych. Bliższe badania i samospostrzeżenia (autoobserwacye) przechyliły w ostatnich czasach sprawę na stronę obozu, uznającego dwa odrębne czucia, a wśród ścisłych badań klinicznych zaczęto używać po wszystkich zakładach neurologicznych obok termestezyometru Nothnagla, algesimetru Björnsona i estezyometru lokalizacyjnego Sievekinga, także barestezyometru Eulenburga, lub igły Bonnisa, a przynajmniej starej, choć niedokładnej metody Webera. Do rzędu tych przyrządów ścisłych przybyła w ostatnich czasach delikatna dwuramienna waga słomkowa Freya. Zapomocą tego czułego przyrządu autor oddawna już badał najmniejsze zboczenia w zakresie czucia; przed kilku miesiącami zaś podał ciekawe wyniki doświadczeń, wykonanych w celu wyjaśnienia, czy wrażenia, wywołane przez ucisk i przez pociąganie lub szarpnięcie, są tożsame i jakim ulegają prawom. Z całego szeregu interesujących danych podnieść tu możemy, dla braku miejsca, tylko tyle, że obie kategorye wymienionych czuć umiejscowiają się w tych samych punktach dotykowych, odpowiadających pojedyńczym zakończeniom nerwowym; że każdej deformacyi pierwiastków tkaninowych, wywołanej przez ucisk, odpowiada równoczesna deformacya o odwrotnem napięciu w partyach sąsiednich skóry tak iż w pewnych granicach, ucisku od pociągnięcia odosobnić i rozróżnić nie jesteśmy w stanie; że wreszcie obie te kategorye czuć dopiero wtedy rozróżnić się dadzą, gdy obszar drażnionej skóry, oraz częstość i siła podrażnienia, osięgną pewne wartości liczebne, oznaczone bliżej przez autora.

W pracy Freya znajdzie fizyolog wyjaśnienie, według dopiero co wymienionego prawa, spornych zapatrywań dotychczasowych; klinicysta zaś opis przyrządu, łatwo dającego się zrobić, a nadzwyczaj czułego i ścisłego. Ktokolwiek nie będąc nawet specyalistą, rzucił choć raz okiem z jednej strony na skrupulatne i ścisłe badania Freya, a z drugiej strony na szemata, jakich używają uczniowie Charcota w Salpetrère, lub choćby na szemat zmian czuciowych w chorobie Morvana w dziele rozpowszechnionem Biederta, musi mimowoli zainteresować się postępem techniki lekarskiej i przyklasnąć każdemu wynalazkowi, wzbogacającemu metodykę rozpoznawczą, mogącą prowadzić z czasem do odkrycia nowych zjawisk, lub objaśnienia znanych objawów. *Dr. Zanietowski.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Dr. Sprunck (Utrecht): **O korzystnym wpływie ogrzewania surowicy przeciwbłoniczej na przypadłości, występujące po leczeniu surowiczem.** (*La Semaine médicale*, Nr. 21). Spostrzeżenia na zwierzętach wykazały, że końska surowica fizyologiczna wywołuje u bydła rogatego te same zaburzenia skórne i stawowe, które czasem występują u człowieka po zastrzykiwaniach uodpornionej lub nieuodpornionej surowicy końskiej. Jeśli tę samą surowicę będziemy ogrzewać do 58°C. w ciągu 7 kwadransów, to całe uboczne jej działanie ustaje. Fakt ten doprowadził do wniosku, że ciepłota 58° niszczy, lub może tylko łagodzi, szkodliwe pierwiastki, zawarte w surowicy końskiej. Te badania i ich wyniki zachęciły Spruncka do przedsięwzięcia własnych poszukiwań; jego sposób postępowania jest następujący: Surowicę zbiera się w możebnie najdoskonalszych warunkach aseptycznych i bez dodawania

[2]) Berlin. klin. Wochen. 1897 Nr. 11.
[3]) Wiener med. Presse Nr. 7 1898.
[4]) Przegląd lek. 1896.
[5]) Wiener med. Presse 7.
[6]) Tamże.

jakiegokolwiek przetworu antyseptycznego, napełnia się nią flakoniki o pojemności 10 sz. cnt., zatyka się korkiem i kapiszonikiem kauczukowym. Flakoniki te ogrzewa się w ciągu 20 minut w ciepłocie 59—59,5°, następnie oznacza się siłę surowicy tak ogrzanej. Umniejszeniu przez ogrzewanie własności antytoksycznej zapobiega się przez użycie odrazu surowicy o większej mocy. Wyniki otrzymane po zastósowaniu tak przyrządzonej surowicy były następujące: w r. 1895 i 1896, na 1365 przypadków zastósowania surowicy nieogrzewanej, uległo znanym przypadłościom posurowiczym chorych 208 = 15,2%; w roku 1897 zastósowano surowicę ogrzaną u 251 chorych, z których zapadło na przypadłości posurowicze osób 12 = 4,7%. Mniej więcej takie same liczby wypadły w 2-ch szpitalach w Utrechcie, zaopatrujących się w surowicę z tego samego źródła.

Działalność antytoksyczna i lecznicza surowicy ogrzewanej w niczem nie jest niższą, co stwierdza i odsetek śmiertelności, który jest ten sam po stósowaniu obu surowic, t. j. ogrzewanej i nieogrzewanej. (Odczyt na międzynarodowym Zjeździe higienistów w Madrycie). *Kw.*

Dr. Chantemesse (Paryż): **O toksynach durowych rozpuszczalnych i o surowicy antytoksycznej duru brzusznego.** *(La Semaine médicale,* Nr. 21). Dur brzuszny jest wynikiem zarazem zakażenia i zatrucia ustroju; by go zwalczać w kierunku patogenetycznym, potrzeba użyć takiego środka, któryby działał równie dobrze na drobnoustroje, jak i na jad, który one wydzielają. Spostrzeżenie kliniczne wykazuje, że jad duru brzusznego wytwarza się nagle w ustroju ludzkim. Z dnia na dzień ilość jadu zmienia się, jak również zmieniają się objawy choroby, które jad ten wywołuje. Poszukując jadu w zwykłem środowisku przebywania drobnoustrojów, nieznajdujemy go. Płyn hodowli, uwolniony od drobnoustrojów przez przesączanie, nie jest jadowitym wcale, lub jest nim tylko nieznacznie; nie podobna więc nań liczyć, ażeby się udało na tej drodze uzyskać antytoksynę. Chantemesse poświęcił wiele czasu na poszukiwanie tej toksyny rozpuszczalnej, która stanowi pierwszy etap do wytworzenia antytoksyny. Postępuje on w sposób następujący: przygotowuje roztwór peptonu, przyrządzonego ze śledziony, wytrawionej zapomocą pepsyny w cieczy zakwaszonej; następnie płyn ten zobojętnia, wyjaławia i wystawia na wpływ powietrza. Alkaliczność tej cieczy stopniowo, lecz słabo, się wzmaga. Na tej hodowli zasiewa się obficie b. jadowity prątek durowy. Po 48 godzinach hodowle są obfite i nie mają zapachu. Około 5—6 dnia wydzielanie toksyn jest najsilniejsze, a następnie zmniejsza się. Tak przyrządzony i przesączony bulion mieni Ch. toksyną.

Doświadczenia, czynione z tą toksyną na zwierzętach, dowiodły, że te ostatnie ulegają jej nie w jednakiej mierze Koń jest wrażliwszy od innych, a przystósowanie się jego do toksyny jest powolne, trudne, przerywane takiem zapadaniem na zdrowiu, że zachodzi często potrzeba przerwania doświadczeń. Ch. robił zastrzykiwania koniom po 2 i 3 lata co 8 lub co 15 dni i jeszcze nie był w stanie otrzymać trwałego stopnia odporności tak, że zwiększanie dawki wstrzykiwanej musiało być nader powolne i ostrożne. Wstrzyknięta toksyna trwa bardzo długo we krwi końskiej, zanim ulegnie przeobrażeniu: we 2 miesiące po zastrzyknięciu krew jeszcze jest toksyczną i trzeba czekać dłużej, zanim zniknie toksyna, a wytworzy się antytoksyna.

Antytoksyna, z którą Ch. robił swoje doświadczenia, pochodziła z konia, którego uodporniał on w ciągu 2-ch lat, wstrzyknąwszy mu podskórnie i śródżylnie 6 litrów toksyny. Surowica z tego konia posiada własności antytoksyczne i lecznicze przeciw zakażeniu i zatruciu durowemu.

Szczegóły tych doświadczeń są następujące: jeżeli morskim świnkom, którym dnia poprzedniego wstrzyknięto podskórnie $^1/_{200}$, $^1/_{100}$, $^1/_{50}$ cent. sz. surowicy antytoksycznej, wstrzyknie się dawkę toksyny, zabijacą morskie świnki w ciągu 6 godzin, to zwierzątka te, którym wstrzyknięto $^1/_{50}$ cnt. sz. żyją; te, które dostały $^1/_{100}$ i $^1/_{200}$ giną po 48 i po 24 godzinach. Analogicznie wypada ta rzecz z królikami. Spostrzeżono, że jeśli zwierzę ulega jakiej cherze, albo nawet tylko ciąży, to uodpornienie jego jest trudniejsze i wymaga większej dawki antytoksyny.

By nabrać przekonania o wartości zapobiegawczej surowicy przeciwzakaźnej, Ch. wstrzykiwał pod skórę ucha królikowi, któremu dnia poprzedniego wstrzyknął 5 cnt. sz. surowicy, zawiesinę z prątków durowych w cieczy fizyologicznej; jednocześnie to samo czynił z królikiem, którego poprzednio nie uodporniał. Wyciągając pipetką ciecz z bąbla obrzękowego, powstałego w miejscu wstrzyknięcia zawiesiny, przekonał się już po 7 godzinach, że w cieczy tej nie było wolnych prątków, lecz zostały one u tego królika, któremu poprzednio zastrzyknięto surowicę przeciwdurową, jakby wchłonięte przez fagocyty; wysięk rozpostarty na płytce i następnie zabarwiony błękitem Kühnego, wykazuje zachowane kształty prątków durowych w pierwoszczy leukocytów jednojądrzastych, natomiast we wnętrzu leukocytów wielojądrzastych przedstawiają się prątki w postaci ziarnek i kulek. Dwa więc rodzaje fagocytów występuje dla zniszczenia prątków durowych u zwierząt, którym surowica przysporzyła biernego uodpornienia. Gdy jednocześnie badać będziemy ciecz, wyciągniętą z miejsca wstrzyknięcia zawiesiny u królika poprzednio nieuodpornionego, to wynik okaże się zupełnie odmienny: tu prątki są wolne, zachowują całą swą ruchliwość, a w polu preparatu zaledwo odszukać możemy parę leukocytów jednojądrzastych; natomiast wielojądrzastych zupełnie niema.

Hodowle w kropli wiszącej, wziętej z wysięku, wyciągniętego po upływie 7 godzin z królika, którego uodporniono, nie rozwijają się, co dowodzi, że surowica posiada moc przeciwzakaźną.

Co się tyczy wartości przeciwjadowitej (antytoksycznej) surowicy durowej, to ją ocenić można na zwierzętach, którym zadano zabójcze dawki toksyny, a następnie poddano leczeniu surowicą w okresach, coraz więcej oddalających się od kresu, w którym śmierć powinna nastąpić: jeśli wstrzykniemy 4 morskim świnkom dawkę zabijającą w ciągu 24 godzin (1 cnt. sz. na 40,0 wagi), a jednocześnie uczynimy to samo drugiej seryi 4 świnek, mających odegrać rolę świadka, następnie zaś pierwszej seryi morskich świnek będziemy wstrzykiwać surowicę przeciwdurową, to zwierzęta — świadki poginą w ciągu 24 godzin, a natomiast, leczone surowicą, pozostają przy życiu. Czem więcej oddalamy się z wstrzyknięciami surowicy od chwili, w której zadano toksynę, tem większą musi być jej dawka lecznicza. Po czterech do pięciu godzinach od chwili zatrucia, zabijającego w 24 godzin, dawka $^1/_4$ cnt. sz., wstrzyknięta morskiej śwince, czyni ją odporną na toksynę. Zwierzęta, które nie przeżyją zakażenia, pomimo wstrzyknięcia $^1/_4$ cnt. sz. surowicy, giną dopiero po 2—3 dniach.

Stwierdziwszy tę moc antytoksyczną surowicy przeciwdurowej na zwierzętach, uczuł się Ch. w prawie zastrzyknąć ją ludziom, chorym na dur brzuszny. Zastrzegając sobie ostatnie słowo po wypróbowaniu na licznym materyale klinicznym, dziś już oświadcza Ch. stanowczo, że surowica przeciwdurowa działa antytoksycznie, usuwając lub łagodząc objawy nerwowe, obniżając ciepłotę, przyśpieszając powrót do zdrowia. (Odczyt na międzynarodowym Zjeździe higienistów w Madrycie). *Kw.*

Kuhnau: **Zakażenie mieszane błonicy „proteusem".** *(Zeitschft f. klin. medicin.,* Z. XXXI. r. 1897). K. opisuje 5 przypadków ciężkiej błonicy, które, mimo leczenia surowicą, skończyły się śmiercią. Klinicznie przedstawiały one obraz błonicy posocznicowej: szaro-brudne, rozpadające się błony, cuchnienie z ust, później zapalenie tkanki podskórnej szyi i gruczołów chłonicznych. Badanie drobnowidowe błon wykazało w warstwach powierzchownych, obok prątków błoniczych, paciorkowce, gronkowce i t. d.; w warstwach głębszych stwierdzono gniazda, złożone z prątków błoniczych i bliżej nieoznaczone prątki krótkie. Znacznie głębiej w tkan-

kach, w miejscach nacieku zapalnego i w chorobowo zmienionych gruczołach stwierdzono tylko bardzo skąpo prątki błonicze, natomiast w znacznej ilości owe krótkie prątki. Bakteryologicznem badaniem wykazano, że ów krótki prątek należy do gromady *„proteus"*, a swojemi własnościami zbliża się do postaci *„proteus vulgaris"*. Doświadczeniami zaś na zwierzętach przekonano się, że posiada on znaczną jadowitość. *R.*

Dr. R. v. Kundrat i Doc. Dr. H. Schlesinger: **Przyczynek do rozpoznawania zrostów między guzami odźwiernika a wątrobą.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 727). Dawniej już wypowiedziane zdanie Rosenheima, że wtenczas wykluczyć możemy zrosty między guzem odźwiernika a wątrobą, gdy guz wobec obmacującej ręki inaczej się zachowuje, aniżeli wątroba (t. j. n. p. gdy po głębokim wdechu guz wraz z wątrobą zstąpi niżej, tu go ręką ustalimy i stwierdzimy, że podczas następującego teraz wydechu, nie postępuje w górę wraz z wątrobą); zdanie to uledz musi pewnemu ograniczeniu. Mianowicie dodać należy: chyba, że przypadkiem zrosty łączą guz z dolną powierzchnią wątroby i jej tylnym odcinkiem. Wtedy bowiem guz zachowuje się tak, jakgdyby zrostów wcale nie było, a pochodzi to ztąd, że wówczas wątroba, w czasie ruchów oddechowych i po ustaleniu guza, dokonuje wzdłuż zrostów, jakby wzdłuż osi, zwodniczych ruchów obrotowych. *Herman.*

O. Vulpius: **O leczeniu porażeń i zniekształtnień porażennych przez przeszczepianie ścięgien.** *(Samml. klin. Vortr. Volkmann's N. F.*, Nr. 197). Leczenie częściowych porażeń kończyn i usuwanie na drodze operacyjnej zaburzeń w ich czynności, zapoczątkowane przed 15 laty przez Nicoladoniego, Drobnika i Frankego, nie znalazło widocznie zbyt chętnego przyjęcia, kiedy w tym czasie posługiwano się niem zaledwie 33 razy, liczba znikomo drobna wobec częstości porażeń dziecięcych. Do tej skąpej kazuistyki dołącza autor sporą (względnie) liczbę własnych spostrzeżeń, obejmującą 21 odpowiednich przypadków. Z wyjątkiem dwóch przypadków (Kryński, Drobnik), gdzie przeszczepiano ścięgna na kończynie górnej, reszta przypada na kończynę dolną i to w tym stosunku, że obok jednej operacyi (nieudałej), dokonanej przez autora na udzie (przyszycie m. krawieckiego do ścięgna zupełnie porażonego m. czworogłowego), stoi pokaźna liczba 51 operacyj, dokonanych na podudziu.

Operacya w mowie będąca wskazaną jest i jedynie możliwą do wykonania w razie porażenia pojedyńczych mięśni, lub tylko niektórych ich gromad. Bo kiedy wszystkie mięśnie na danej części kończyny są porażone, to mamy do wyboru, albo założenie odpowiedniego przyrządu ortopedycznego, lub wykonanie artrodezy t. j. sztucznie sprowadzamy zrost (ankylosis) stawu.

Przy przeszczepianiu ścięgien odróżnić należy dwa zasadnicze sposoby. W jednym zużywamy cały mięsień zdrowy, by przenieść czynność jego na ścięgno m. porażonego, w drugiej zadawalamy się tylko częścią mięśnia zdrowego. Kombinując, możemy w obu tych sposobach wykonać dziewięć odmian przyszywania ścięgna do mięśnia. Tych znów 9 odmian ugrupować możemy w trzy działy, zależnie od kierunku przenoszenia siły, mianowicie: 1) metoda przeszczepiania wstępująca, 2) m. p. zstępująca, 3) m. p. obukierunkowa. V. osobiście przyznaje największe zalety metodzie zstępującej.

Przystępując do operacyi, usuwać przedewszystkiem potrzeba istniejące wrzekome ustawienie kończyny, przez zastósowanie tak zw. modelującego wyprostowania (redressement). A kiedyśmy to uzyskali, wykonać dopiero przyszycie ścięgien. Po operacyi opatrunek gipsowy przez 4—7 tygodni, a potem leczenie następowe (mięsienie, gimnastyka etc.).

Z 20 operacyj, dokonanych na podudziu, operował V. 15 razy z powodu stopy szpotawej porażennej (pes varus paraliticus), a 5 razy z przyczyny płasko-nóżstwa porażennego (pes planus paraliticus). Wiek chorych wahał się między 2—18 r. ż.; porażenie trwało 1—17 lat. Wynik 17 razy był zadawalniający, 3 razy nie osiągnął poprawy w sprawności kończyny, (gdyż w ogólności o zupełnem wyleczeniu mowy niema). *Herman.*

Dr. Br. Kader: **Wieloletni nerwobol prawego splotu barkowego i szyjnego, skutkiem bliznowatego przykrócenia lewego m. sutko-mostko-obojczykowego. Zupełne wyleczenie po przecięciu ścięgna tego mięśnia.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.* Tom II, S. 731). Praca ta, osnuta na tle spostrzeżenia z praktyki Mikulicza i jego przypiskiem opatrzona, opowiada o 42-letniej kobiecie, cierpiącej na wrodzoną mięśniową szyję skośną lewostronną (caput obstipum musculare sinistrum). Tenotomia, wykonana w 10 roku życia pacyentki, pozostała bez wyniku. Przed 7—6 latami wystąpiły silne napady nerwobólowe w splocie nerwowym barkowym i szyjowym po stronie prawej. Kiedy się chora do Mikulicza zgłosiła, istniały już nawet w tych splotach lekkie objawy zapalenia nerwów. Mikulicz przyjął związek między prawostronnym nerwobólem a lewostronną szyją skośną, tłómacząc go w ten sposób, że sploty nerwowe zostały jakoby zaklinowane między napiętymi i przerosłymi mięśniami strony zdrowej, a nadto przez te mięśnie przygniecione do wypuklającego się w prawą stronę kręgosłupa. Podskórna tenotomia części mostkowej m. sutko-obojczykowego lewego i następowe leczenie ortopedyczne, uwieńczone natychmiastowym i trwałym skutkiem, potwierdziły zupełnie rozpoznanie. W przypisku Mikulicz wyklucza histeryę (brak innych jakichkolwiek objawów histerycznych, rzeczywiste skrócenie m. mostko-sutko-obojczykowego lew., a nie skurczowa szyja skośna) i wykazuje, że nerwoból w tym przypadku nie był tożsamy z owym, jaki spotykamy w daleko posuniętych skrzywieniach bocznych kręgosłupa, gdyż tamten występuje zawsze po stronie wklęsłej skrzywienia, nigdy po wypukłej). *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Dr. Génévrier zbadał wszechstronnie fosforan gwajakolowy i twierdzi, że sól ta ma pierwszeństwo przed innemi połączeniami gwajakolu, gdyż jest ściśle określonego składu i niema smaku i zapachu; wchłania się bardzo łatwo i niemniej łatwo wydziela się z moczem (do 59,8° wprowadzonego leku); własność trująca jest o wiele słabsza niż czystego gwajakolu, a połączony z gwajakolem kw. fosforowy jest wielce pożytecznym dla ustroju. Fosforan gwajakolowy używa się w tych samych cierpieniach, w leczeniu których posługujemy się zwykle gwajakolem lub innemi jego połączeniami. Dawka waha się od 0,5 do 1,0, lecz w miarę potrzeby może być i wyższą. („Le phosphate de guajacol". Paryż, 1897). Kw.

Dr. Combemale zaleca octan talowy, jako najskuteczniejszy z dotychczas używanych środków przeciw rozpływnym potom suchotników. Na 30 przypadków w 2-ch tylko działanie tego leku nie przyniosło zamierzonego skutku. Octan talowy ma swe zastósowanie nie tylko u suchotników, lecz i w przebiegu innych ciężkich cierpień, połączonych z potami. Dzienna dawka octanu talowego wynosi 0,1—0,2, którą należy stosować na godzinę przed zwykłą porą występywania potów. Nie należy podawać jednym ciągiem tego leku dłużej nad 4 dni, gdyż działanie jego trwa jeszcze kilka dni po odstawieniu. Ubocznego wpływu autor nie spostrzegał, z wyjątkiem szybkiego wyłysienia trzech chorych, którzy, co prawda, i przedtem nie odznaczali się bujnem owłosieniem. („La presse médicale", Nr. 17, 1898). Kw.

A. Friedländer używał sanoformu (Ther. Mon. Nr. 3) tak w przypadkach świeżych uszkodzeń ciała, jak i ranach ropiejących, czyrakach, ropniach, wrzodach poudzia i wrzodach miękkich, bądź w czystej postaci, bądź też w 40% maści i zachwala jego działanie, przekładając go nad jodoform, gdyż zmniejsza wydzielinę rany, nie drażni jej, nigdy nie wywołuje wyprysków, a jest zupełnie bezwonny i nietrujący. F. K.

C. Pezzoli poleca Largin, nowy środek przeciw rzeżączce. (Wien. m. Woch., Nr. 11. 12). Jestto połączenie białka (paranukleoproteidów) ze srebrem, zawierające około 11% srebra i do 10% łatwo w wodzie rozpuszczalne: rozczyn, przechowywany w ciemnych (żółtych) flaszkach, długo pozostaje niezmienionym. Również nader ważną zaletą tego przetworu jest zawsze stała zawartość sre-

bra. Autor badał działanie larginu na gonokoki, tak w hodowlach jak i w klinice na chorych.

Robiąc pierwsze doświadczenia w zakładzie dla anatomii patologicznej w Wiedniu, doszedł do wyników, że nowy ten przetwór srebrowy jest w działaniu na te drobnoustroje równorzędnym z innemi dotąd używanemi połączeniami srebra, że zabija je nawet łatwiej, a pożywki psuje dopiero po pewnym czasie, wreszcie, że w istoty organiczne martwe wnika głębiej, niż inne przetwory srebrowe.

Klinicznie doświadczał P. tego środka na chorych przychodnich w klinice Prof. Fingera w Wiedniu. Przedewszystkiem oświadcza się on za wstrzykiwaniami przedłużonemi, gdyż środki srebrowe działają tylko przeciw drobnoustrojom, a nie ściągająco. Podobnie, jak protargolu Neissera, używał larginu w rozczynach $^1/_4$—$1^1/_2$% do wstrzykiwań, 3 razy dziennie i zalecał zatrzymywanie płynu w cewce rano i w południe przez 5—10 minut, wieczór 15—30 minut. Wyniki leczenia były pomyślne: Z 35 przypadków ostrej rzeżączki świeżej, przedniej cz. c. m., w 27 czas leczenia trwał przeciętnie 30 dni, rzeżączka nie przeszła na część tylną c. m.; w 8 zaś przypadkach, w których nastąpiło szybko zajęcie tylnej cz., w 6 przypadkach rzeżączki podostrej tyln. cz. i w przypadkach przewlekłych wyniki nie były wcale pomyślne, gdyż wkraplanie sposobem Ultzmanna 0,5—2% rozcz. larginowego sprawy nie polepszało. Gonokoki w przypadkach wyleczonych nie pokazywały się już po dniach 10 w wydzielinie. W końcu P. wypowiada zdanie, że tak largin, jak wogóle przetwory srebra, nie mogą być środkami poronnymi dla rzeżączki, ale mogą ograniczyć w wielu przypadkach całą sprawę tylko na przednią część cewki moczowej. F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 6 Kwietnia 1898 roku.

Przewodniczący: kol. prezes Prof. Dr. Jakubowski. — Członków obecnych 35.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Reiss przedstawił przypadek *Keratosis follicularis*. (Opis tego przypadku będzie ogłoszony drukiem).

W rozprawach zaznacza kol. Borzęcki, iż przedstawiony chory, którego miał sposobność, dzięki uprzejmości kol. Reissa, widzieć w klinice, okazuje cierpienie skóry nie łatwe do rozpoznania. Gdyby wypadło trzymać się szkoły wiedeńskiej, wzgl. podziału i wyrazownictwa Kaposiego, to trudno o podporządkowanie przedstawionego przypadku pod jakieś miano chorobowe. To tylko pewne, że cierpienie to należy do działu hiperkeratóz. Na pierwszy rzut oka zdawałoby się, że jest to przypadek liszaja czerwonego (lichen ruber); bliższe rozpatrzenie jednak i zbadanie pierwotnych utworów chorobowych, nie pozwala na to rozpoznanie. Niektóre ogniska chorobowe (na czole, w kącie przy opuszce ucha) przypominają opisaną przez Darriera *Psorospermosis follicularis vegetans*, które to cierpienie miał kol. Borzęcki sposobność spostrzegać w klinice Fourniera, dodaje jednak, że nie badając szczegółowo tego przypadku, nie może twierdzić, czy zmiany w przypadku, przedstawionym przez kol. Reissa, są zupełnie analogiczne. (Streszczenie własne).

Kol. Zarewicz zaznacza przedewszystkiem, że tak samo jak i kol. Reiss, nie miał dotychczas sposobności spostrzegania choroby Darriera; znana ona jest mu tylko z opisów.

W przedstawionym przypadku, choć pojedyncze zmiany odpowiadają rzeczywiście chorobie znanej pod nazwą *Psorospermosis vegetans follicularis*, toć uderza go jednak umiejscowienie choroby, wprost przeciwne temu, które Darrier podaje w opisanych przez siebie przypadkach; albowiem, jakkolwiek *Psorospermosis veg. foll.* zajmować może rozmaite części skóry, to przecież z szczególniejszem upodobaniem i nasileniem zajmuje ona przedewszystkiem część głowy porosłą włosami, twarz, okolicę mostku, boki klatki piersiowej, a szczególniej pachwiny, któreto części ciała w przedstawionym przypadku są wolne od zmian chorobowych; natomiast zajęte są tutaj przedewszystkiem kończyny dolne i górne i to w stosunku takim, jaki uważamy w świerzbiączce (prurigo) lub liszaju włosowym (Lichen pilaris), a więc ze zmniejszającem się nasileniem w miarę posuwania się ku górze.

Drugą okolicznością, nasuwającą się w niniejszym przypadku, jest brak czynnika etyologicznego, na którym właśnie choroba Darriera ma polegać, a więc brak owych pasorzytów, znanych pod nazwą *Coccidium oviforme*, lub wogóle tych utworów, które znowu inni autorowie uważają za zwyrodniałe komórki mocno rozrosłej warstwy śluzowej przyskórka. W preparatach, które kol. Z. korzystając z uprzejmości prelegenta, miał sposobność badać, nie znaleziono nic takiego, coby za kokcydyami przemawiało; a zmiany anatomiczne w skórze przedstawiały się tak, jak je prelegent w swojej demonstracyi przedstawił.

Z tego wynikałoby tylko, że dla choroby, która przedstawia takie zmiany, jak je Darrier opisał, prócz *Coccidium oviforme*, może istnieć jeszcze inny czynnik przyczynowy, a wtenczas oczywiście nazwa *Psorospermosis* byłaby niewłaściwą, a natomiast odpowiedniejszą nazwa: *Keratosis follicularis*.

Co do leczenia, kol. Z. jest odmiennego zdania niż prelegent; bo choć dla *Psorospermosis therapia est nulla*, to przecież, uwzględniając w przedstawionym przypadku kliniczne objawy choroby, radzi kol. Z. stosować kąpiele alkaliczne przeciągłe, n. p. z węglanem sodowym po 500 gm. do każdej kąpieli, następnie nacieranie skóry tłuszczem obojętnym, obok nacierania w kąpieli, 2 razy tygodniowo, a nawet i częściej, mydłem naftolowo-siarczanem.

II. Kol. Lewkowicz opowiedział dalsze losy chorego, przedstawianego na poprzedniem posiedzeniu. Operacya, którą wykonał kol. Bossowski, potwierdziła w zupełności rozpoznanie, a guz dał się w całości wyłuszczyć.

III. Następnie przedstawił kol. Lewkowicz chorego z rozpoznaniem: guz mózgu (*tuberculus solitarius* (?) w płacie ciemieniowym lewym.

Józef Kuźma, lat 11 z Libertowa cierpi od 8 miesięcy na zawroty głowy, które zresztą w ostatnich czasach zwolniały, a od 4 miesięcy na niedowład kończyny górnej prawej.

Badanie wykazuje następujące zboczenia: Upośledzenie czucia po całej stronie prawej, ściśle odgraniczone linią środkową ciała; tyczy się ono tak czucia dotyku (kończyna dolna i górna w równym stopniu), jak również czucia bólu i ciepłoty (kończyna górna w znacznym stopniu, dolna słabo upośledzona). Po stronie prawej znajdujemy na kończynie górnej zaniki mięśniowe, które stoją niezawodnie w związku z upośledzeniem czucia. Drugiem podstawowem zboczeniem jest drganie obrotowe gałek ocznych; gałki oczne równocześnie wykonywują ruch około osi strzałkowej, górną częścią na prawo i powoli powracają do położenia pierwotnego. Wreszcie znachodzimy bolesność opukową czaszki w okolicy płatu ciemieniowego. Innych zboczeń nerwowych niema, mianowicie zaś niema zaburzeń w czynności zmysłów, a mięśnie, częściowo zanikłe, nie okazują odczynu zwyrodnienia, ani też z drugiej strony objawów kurczowych i podwyższonych odruchów.

Ogniska chorobowego należałoby szukać w korze mózgowej, po stronie lewej, mianowicie w płacie ciemieniowym, gdyż o ile wiadomo, tu obok siebie leżą ośrodki dla czucia skórnego i dla skojarzonych ruchów ocznych. Chociaż niema ogólnych objawów guza mózgowego, najprawdopodobniejszym jest guz niewielkich rozmiarów, mianowicie wobec zołzów, gruzełek odosobniony.

W dyskusyi nad powyższą demonstracyą opowiedział kol. Surzycki przez siebie spostrzegany przypadek z czasów stosowania tuberkuliny Kocha. W przypadku owym, mimo braku objawów gruźlicy w narządach wewnętrznych, występowała po wstrzykiwaniu tuberkuliny bardzo wybitna reakcya, którą kol. Surzycki odnosił do ogniska w mózgu. Pacyent rzeczony, który był przedstawiony w swoim czasie w Tow. lek. krak., dotychczas żyje.

Kol. Sroczyński podnosi, że również zakończenia nerwu trójdzielnego są porażone. Co do drżenia gałek ocznych, to stwierdzono, iż jest ono nabyte i to od czasu początku obecnej choroby. Charakterystyczne trzęsienie się obrazów w oku obecnie już ustąpiło. Na lokalizacyę godzi się z prelegentem; co do etyologii zaś to nie może wykluczyć możliwości bąblowca mózgu.

Kol. Filipkiewicz zapytuje w kierunku kiły.

Prelegent odpowiada, iż najprawdopodobniejszą jest gruźlica; kiły wykazać zupełnie nie można; podawany jodek potasowy pozostał bez skutku.

Kol. Nowak przedstawił żołądek, z niedrożnością odźwiernika, spowodowaną uciskiem, jaki nań wywierały kamyki żółciowe, nagromadzone w przewodzie wątrobowym i w przewodzie żółciowym wspólnym. Kamyki, nagromadzone tam w wielkiej ilości, spowodowały znaczne rozszerzenie tych przewodów i utworzyły duży guz, leżący ponad i pod odźwiernikiem i zaciskający prawie zupełnie jego światło. W celu umożliwienia pacyentowi odżywiania się wykonano gastroenterostomię.

Sekretarz doroczny: *Dr. Xawery Gorski.*

---

† Dr. Hipolit Jundziłł.

Dnia 18-go b. m. zmarł nagle w Wilnie Dr. Hipolit Jundziłł, prezes Towarz. lekarzy wileńskich, ceniony chirurg, szerokiem wzięciem cieszący się lekarz. Zmarły przyszedł na świat r. 1846 w Wilnie, gdzie skończył szkoły średnie, a uniwersytet w Dorpacie. Po zdobyciu gruntownego wykształcenia lekarskiego osiadł w rodzinnem mieście, w którego murach spędził, niestety, zbyt krótki żywot, znacząc na polu zawodowem i społecznem wyższy umysł, szerokie wykształcenie i obywatelska gorliwość. Towarzystwo lekarskie wileńskie wybrało go w latach 1877 i 78 swoim sekretarzem, 1891 i 92 — wiceprezesem, a w ostatnim okresie wręczyło mu medal z podobizną obu Franków, oznakę prezesowską. Za czasów jego przewodnictwa skreślił Dr. Zahorski: „Zarys dziejów cesarskiego Towarzystwa lekarskiego w Wilnie (1805—1897)“, która to cenną pracę drukuje „Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“. Staraniem ś. p. Jundziłła wyszło „Album historicum“, w którem znalazło się wiele cennych portretów i innych pamiątek, odtwarzających niedawną, a tak świetną, przeszłość duchową Litwy.

Prócz rozległej praktyki, ś. p. Jundziłł był naczelnym lekarzem szpitala Sawicz, mieszczącego 120 łóżek, a założonego w r. 1744 przez smoleńskiego biskupa Gąsiewskiego. Zmarły pisał mało: znane są jego 2 rozprawy 1) *Ueber die Ermittelung einiger Bitterstoffe im Biere. Dorpat 1873* i 2) *Dwa słuczaja sarkomy* (Protokoły Wil. med. ob. 1876). Brał żywy udział w pracach naukowych Towarz. lekar. wileńskiego, gdzie odczytał 7 rozpraw.

Działalnością swoją godnie utrzymał ś. p. Hipolit urok, otaczający w stolicy Litwy nazwisko Jundziłłów; nie tylko imieniem, lecz życiem, nauką i pracą zawodową budził on niezatarte wspomnienia o znakomitych przodkach swoich, uczonych szkoły wileńskiej: Stanisławie Bonifacym — głośnym przyrodniku i Józefie — znakomitym botaniku. O czynach tych uczonych świadczy, niegdyś wzorowy, a dziś zdziczały wileński ogród botaniczny, przed 100 laty przez nich założony.

Cześć temu imieniowi, wieczna pamięć zmarłemu!

Dr. Kwaśnicki.

IX. KORESPONDENCYE.

Warszawa w kwietniu.

Już po raz drugi w tym roku muszę rozpoczynać moją korespondencyę od żałobnych wspomnień. Gdyśmy odprowadzali na miejsce wiecznego spoczynku ś. p. Krysińskiego, dogorywał już Jasiński. Śmierć tego ostatniego była dla nas wszystkich ciosem tem boleśniejszym, że ś. p. Roman ciągle żył wśród nas, żeśmy patrzyli na całą jego działalność, kochali za złote serce, koleżeńską uczynność i niezrównany humor, którym ożywiał wszystkie nasze zebrania. Był to człowiek niepoślednich zdolności, gruntownego wykształcenia i wielkiego zapału do nauki; władał pięknie piórem i znakomicie popularyzował wiedzę chirurgiczną. Każdy nowy kierunek w chirurgii, nową metodę studyował z zapałem, aby je uprzystępnić dla szerokiego ogółu lekarzy, począwszy od metody Listera, skończywszy na gazie srebrnej i operacyach Calota. Jasiński był autorem Dyagnostyki chirurgicznej — dzieła, nie wolnego od usterek, ale ocenionego przez krytykę zbyt surowo. W każdym razie jest to jedyny podręcznik, a na drugi prawdopodobnie nie prędko się zdobędziemy. Jako znawca ortopedyi, zwłaszcza dziecięcej, Jasiński nie miał sobie u nas równego. Jednem słowem była to osobistość niepowszednia, dziwnie sympatyczna, człowiek dobry i miłujący społeczeństwo, wśród którego żył i działał.

Przechodząc od umarłych do żywych, z obowiązku korespondenta muszę zaznaczyć pewien nowy żywioł, który coraz więcej w piśmiennictwie naszem lekarskiem nabywa praw obywatelstwa. Żywioł to zresztą stary, jak świat, ale przez czas dość długi był on prawie wyrugowany z naszej literatury lekarskiej. Mówię tu o filozofii, o krytyce zasadniczych pojęć w nauce, w ogóle o abstrakcyjnem myśleniu które zaczyna sobie znów wywalczać przynależne mu stanowisko. Przedstawicielem tego kierunku jest u nas Wł. Biegański. Jak wiadomo, przed kilku laty (1894) wydał on Logikę medycyny. Celem tej książki, było „rozbudzenie zamiłowania do myślenia abstrakcyjnego wśród lekarzy, którzy najmniej tę stronę czynności umysłowej uprawiają, oraz, co ważniejsze, rozbudzenie krytycznego zastanawiania się nad podstawami naszej nauki“ (str. 15). W sposób przystępny i w zastósowaniu do medycyny, Biegański wyłożył główne zasady logiki, podnosząc ważność tej nauki dla nauk przyrodniczych, a w szczególności dla medycyny.

Rozwijając w dalszym ciągu niektóre myśli, poruszone w Logice, Biegański wydał w roku zeszłym dzieło poświęcone zagadnieniom ogólnym z teoryi nauk lekarskich.

Dzieło to ma „pobudzić lekarza do głębszego krytycznego myślenia, ma mu przypomnieć, że, poza obrębem ciasnych zagadnień patologii i terapii szczegółowej, istnieją wielkie zagadnienia nauki, które pozostają jednak w bezpośredniej styczności z jego praktycznemi zadaniami“.

„W życiu swojem, powiada dalej Biegański, lekarz jest świadkiem ciągłych zmian w szczegółowych poglądach na choroby i leczenie: co dziś uważają za słuszne i uzasadnione, za lat kilka, lub kilkanaście, upada, powstają nowe sposoby leczenia, nowe teorye szczegółowych chorób, i trwa to ciągle jak w kalejdoskopie. Co powoduje te zmiany, jaki jest *spiritus movens* tego postępu w praktycznej medycynie? Otóż *spiritus movens* znajduje się w podstawowych ogólnych zagadnieniach nauki; one to poruszają cały skomplikowany aparat wiedzy specyalnej. Poznać te zagadnienia, zrozumieć ich stosunek do szczegółowych zagadnień nauki specyalnej, nie tylko warto, ale koniecznie potrzeba. Tym sposobem lekarz praktyk pozbędzie się wielu swoich przesądów, co nie będzie bez znaczenia dla jego działalności praktycznej“ (str. VII. i VIII). Co się szczególnie podoba w Biegańskim, to jego swojskość, to umiejętność popularyzowania najzawilszych idei naukowych i podawania ich w sposób dla polskiego czytelnika dostępny. Słusznie powiada o nim E. Biernacki (*Medycyna* Nr. 4), że „Biegański idee naukowe przedstawia w równie swojski sposób, jak swojsko pisze swoje powieści Sienkiewicz“. Biegańskiemu bardzo leży na sercu, ażeby obudzić w naszym ogóle lekarskim poszanowanie dla własnego dorobku naukowego, ażeby nie zatracić ani jednej idei naukowej, zrodzonej u nas, tylko każdą z nich rozwinąć i uzupełnić. „Myśli i idee, przystósowane do naszej organizacyi, mają więcej szans dalszego rozwoju, aniżeli idee obce, jeszcze nie przystosowane. Dlatego też powinniśmy szukać w dziełach naszych poprzedników tych właśnie idei, starać się odnaleźć zagubioną lub przerwaną nić tradycyi i na nowo ją nawiązać. Wówczas potrafimy może, jeżeli nie tworzyć nowe drogi dla nauki, to wśród dróg znanych odnaleźć najodpowiedniejszy dla nas kierunek, w którym postępując, raz przecie zdążyć będziemy mogli za ogólnym postępem wiedzy i co najgłówniejsza, wniesiemy do

tego postępu pewien właściwy nam pierwiastek" (str. V.). Za taką właśnie ideę w medycynie polskiej uważa Biegański myśli, zawarte w pomnikowem, jak je nazywa, dziele Chałubińskiego p. t. *Metoda wynajdywania wskazań lekarskich.* Myśli te dadzą się krótko streścić w sposób następujący: 1) Od lekarza należy wymagać krytycznego myślenia. Mniej erudycyi a więcej myśli; 2) szerokie pojmowanie choroby, jako zaburzenia funkcyi; 3) wysokie i idealne pojmowanie zadań lekarza-praktyka.

Życzliwe wzmianki o dziele Biegańskiego we wszystkich czasopismach lekarskich, kilka szczegółowych ocen (J. Nussbauma w *Gaz. lek.*, E. Biernackiego w *Medycynie*, Z. Kramsztyka w *Krytyce Lekarskiej)*, wreszcie to zajęcie, jakie obudziła jego ostatnia zwłaszcza książka w kołach inteligentniejszych lekarzy, rokują pomyślne nadzieje co do wpływu, jaki ten nowy żywioł, o którym mówiłem, wywrze na literaturę lekarską i samych lekarzy. Uprawę tego nowego kierunku wziął na siebie Z. Kramsztyk, otwierając dlań gościnne łamy założonego przez się miesięcznika — *Krytyki lekarskiej.* Drugi rok tego wydawnictwa przekonał nas nie tylko o możności jego istnienia (o czem zdawano się wątpić), ale wprost o jego potrzebie. Powiał z tego pisma jakiś ruch ożywczy, czytelnicy zasmakowali w tego rodzaju lekturze i z niecierpliwością oczekują każdego nowego zeszytu. Autorzy, nie skrępowani szczupłością miejsca ani ściśle lekarskim programem pisma, rozwijają swobodnie myśli, wychodzące poza ramy kazuistyki lub doświadczeń laboratoryjnych. Coraz częściej i coraz lepiej podnoszą się tu sprawy, mające związek z filozofią medycyny, jej historyą, etyką — już to w postaci starannie opracowanych artykułów, jużto notatek przygodnych, biorących za punkt wyjścia jakiś fakt z życia bieżącego. Wydawnictwo swoje rozpoczął Kramsztyk pracą prof. Hoyera p. t. *Zasadnicze pojęcia naukowe w świetle krytyki poznania.* Sędziwy, a zawsze młody, Nestor naszych uczonych lekarzy, swoją powagą uświęcił niejako nowy u nas kierunek dociekań naukowych, zachęcając do niego nie tylko w druku, ale i na zebraniach, które u siebie peryodycznie urządza dla najbliższych sobie przyjaciół i uczniów.

Sam redaktor z właściwym sobie talentem, w krótkich, a zwykle wytwornych pod względem treści i formy artykułach, wypowiada trafne nieraz poglądy na sprawy odnoszące się tak do nauki, jak i do zawodu lekarskiego. (*Cel, jako wskazówka badania. Fakt kliniczny. Fanatyzm eksperymentu. O cytatach* i w in.). Niezmierną doniosłość posiada pełne prawdy życiowej, napisane z wielkim talentem i głębokością studyum H. Nussbauma: *Szkolnictwo współczesne ze stanowiska krytyki lekarskiej.* J. Muttermilch napisał piękną pracę *O zapaleniu;* S. Sterling — *Kartkę ze statystyki lekarskiej* (z powodu surowicy przeciwbłoniczej). O pracy Biernackiego: *Nasz ogół lekarski i nasza prasa lekarska* powiem niżej.

W dziale krytyki spotykamy nie bezbarwne wzmianki i krótkie streszczenia prac polskich, jak to jest w powszechnym zwyczaju w pismach naszych lekarskich, lecz prawdziwe, obszerne i wyczerpujące krytyki. Uważamy dział ten za niezmiernie pożyteczny i potrzebny dla naszego piśmiennictwa.

Tylko w ten sposób może się wytwarzać opinia naukowa, autorzy zaś mogą znaleźć zachętę i wskazówki do dalszej pracy. Tu nie mogę pominąć milczeniem niezmiernie ostrej oceny, jaka spotkała trzy ostatnie prace E. Biernackiego (*Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej. Samoistna sedymentacya, jako naukowa i praktyczno kliniczna metoda badania. Etyologia i istota nerwic czynnościowych)* przez L. Dydyńskiego i S. Gościckiego (NN. 2 i 3 r. b.). Krytycy odmawiają pracom tym wszelkiego znaczenia, tak teoretycznego jak praktycznego. Ton krytyki jest namiętny, sarkastyczny; doświadczeniom Biernackiego krytycy przeciwstawiają nie doświadczenia własne lub cudze, tylko dowody logiczne, a jednak stawiają zarzuty ciężkie: nieścisłość metod i bezpodstawność wniosków. Krytyka ta wywołała wrażenie przygnębiające, bo Biernacki cieszy się wielkiem uznaniem, jako pracownik niezmordowany i dzielna głowa. Niektóre prace jego mało są dostępne dla szerszego ogółu, tak przez swoją treść, jak i przez styl, ciężki nieraz i chaotyczny. Krytycy jego są młodzi i mało jeszcze znani w nauce; ale zarzuty, stawiane przez nich Biernackiemu, domagają się koniecznie wyjaśnienia ze strony tego ostatniego. Zarzutów takich nie można pomijać milczeniem, chociażby nawet ton krytyki nie był zupełnie właściwym.

W dziale życiorysów spotykamy pięknie nakreślony przez Dunina wizerunek pośmiertny Matlakowskiego — prawdziwe studyum psychologiczne. Szkoda tylko, że autor przygodnie zbyt ostro osądził działalność Girsztowta i Chałubińskiego, co wywołało znów ostrą polemikę z różnych stron.

W dziale historyi medycyny spotykamy kilka zajmujących prac Peszkego i Giedroycia, oraz bardzo interesujący ustęp z Pamiętnika ś. p. Szokalskiego. W dziale etyki znajdujemy ciekawą pracę K. Dobrskiego (O stosunku lekarzy do towarzystw ubezpieczeń na życie), oraz przepiękne aforyzmy Biegańskiego. Krytyka lekarska, jak widzimy, pobudziła twórczość naszych autorów w kierunku bardzo dla piśmiennictwa pożądanym.

Nie służąc żadnemu stronnictwu, nie zależąc od żadnego *gremium*, posiada możność umieszczania takich prac i takich swobodnych poglądów, jakieby nie przeszły przez filtr danej jakiejś koteryi. Poglądy takie mogą niekiedy być jednostronne, podmiotowe, ale, jeżeli są szczere, zawierają nie jedno zdrowe jądro prawdy. Do takich właśnie zaliczyłbym wystąpienie E. Biernackiego w artykule *Nasz ogół lekarski i nasza prasa lekarska* (Nr. 3 r. b.). Ma to być obraz naszych stosunków warszawskich, ale niejedna uwaga da się zastósować do lekarzy polskich w ogólności. Nasz ogół lekarski Biernacki charakteryzuje mniej więcej w ten sposób: Najstarsi schodzą z pola bezpotomnie; nie mieli aspiracyj naukowych, ograniczywszy się prawie wyłącznie do wykonawstwa lekarskiego. Cechą ich było jednolite (wprawdzie jednostronne) wykształcenie, karność i uszanowanie powag. Było wśród nich kilku „teoretyków" ale ci dopiero teraz cieszą się znaczeniem, odpowiedniem do swych zasług. Średni, znajdujący się obecnie u szczytu swojej działalności lekarskiej, nie mieli, według Biernackiego, żadnego duchowego ani nawet formalnego związku z poprzednikami. Wyszli oni ze społeczeństwa niespodziewanie, ale stworzył ich duch czasu. Mieli przed sobą warunki twarde, żadnych widoków na karyerę akademicko-urzędową, a coraz poważniejszą konkurencyę w praktyce. Trzeba było znaleźć sobie drogę dla wywalczenia stanowiska. Drogą tą było szczepienie nowych idei naukowych i wprowadzanie elementu naukowego do ogółu lekarskiego. Zaczęła się walka „starych i młodych" (jak i w prasie ogólnej), w której młodzi zwycięzyli. Wielu z tych „młodych" zawdzięcza swoje powodzenie materyalne działalności literackiej. Nie była to działalność ściśle teoretyczna, ani nawet oryginalna, ale popularyzowanie wiedzy zachodniej, od której odsunęliśmy się już nazbyt daleko. „Młodzi opanowali szpitale, zakładali pisma i bez stanowisk urzędowych zajęli wybitne miejsca w społeczeństwie. W gorszych bez porównania warunkach znaleźli się młodsi i najmłodsi. Ci wychodzą ze szkoły być może z większym zasobem wiedzy, z większemi aspiracyami naukowemi, ale z zupełnym brakiem norm, nie wiedząc zupełnie, kogo należy słuchać, kogo trzeba cenić, jaki kierunek jest dobry, ostatecznie z niedowierzaniem do wszystkiego. Najmłodsi są to typowi adogmatycy, wybujałe indywidualności, nie uznające żadnego nad sobą wpływu, łatwo krytykują każdego i wszystko i każdy co innego, a nie mają krytycyzmu: daleko mniej rozumieją zadania nauki lekarskiej, granice dyagnostyki i terapii, niż pokolenia starsze. Najmłodsi zanadto się specyalizują i za wiele piszą. Średni wszczepili w młodsze pokolenie przekonanie, że droga naukowa jest najpewniejszym środkiem do zdobycia powodzenia materyalnego, że

nawet droga taka jest niezbędna. Dawniej jednak łatwiej było na tej drodze się odznaczyć. Dziś obok aspiracyj naukowych, trzeba mieć dużo wykształcenia, gruntownej znajomości metod naukowych, ażeby rzeczywiście coś „tworzyć“, a nie powtarzać rzeczy już znanych i nie potrzebujących popularyzowania. Działalność pisarska a działalność naukowa są to dwie rzeczy różne. Prace bezwartościowe, a takich jest coraz więcej, sprowadzają tylko dla autorów rozgoryczenie i rozczarowanie. Nawet praca w szpitalach, z powodu zbytniego nagromadzenia lekarzy, braku miejsca i przewodnictwa, staje się pracą bezowocną i stratą czasu na gawędy i plotkarstwo naukowe. „Być może, powiada Biernacki, że żyjemy w stanie przejściowym, w stanie silnej fermentacyi, która coś wyda określonego w tym lub innym kierunku. Ale stwierdza to niejeden, że atmosfera obecna jest ciężka i że pogarsza się od pewnego czasu szybko“. Jakim jest ogół, taką jest i prasa lekarska. Kiedy przed 18 laty 25 lekarzy zakupiło *Gazetę lekarską* dla wspólnego prowadzenia, łączył ich jeden cel wywalczenia praw obywatelstwa dla nowych idei, łączyła ich wspólność przekonań, wieku, pozycyi. Ztąd wypływała jednolitość przekonań i pewien określony kierunek pisma. Ale dziś *Gazeta lekarska* nie jest tem, czem była kilkanaście lat temu. Jej współwłaściciele, których liczba doszła do pięćdziesięciu, różnią się między sobą pod każdym względem, a każdy rości sobie prawo do redagowania pisma. Ztąd rozwija się nietolerancya zdania, brak właściwej oceny produktów literackich, każda myśl śmielsza zostaje odrzucona, pozostaje to, co jest martwem, bladem, niezdolnem poruszyć nikogo. Na wzór *Gazety Lekarskiej* odniedawna ukształtowała się *Kronika Lekarska* i *Medycyna*. „Niech weźmie w swoje ręce prowadzenie spraw naszych człowiek pojedyńczy, powiada Biernacki, rycerz *sans peur ni reproche*, człowiek bezstronny, niech włoży w powodzenie pisma całą swą ambicyę i energię, a sprawa pójdzie niewątpliwie lepiej“.

Tak myśli o naszych stosunkach jeden z „młodych“. Warto byłoby, ażeby jeszcze ktoś zabrał głos w tej sprawie, gdyż poglądy Biernackiego są zanadto krańcowe i dla jaskrawości obrazu poświęcają niekiedy prawdę. „Najstarsi“ nie schodzą z areny społecznej i naukowej bezpotomni, bo byli profesorami i nauczycielami klinicznymi, mieli asystentów i uczniów, brali udział w posiedzeniach towarzystw naukowych, wywierali wpływ na piśmiennictwo nie tyle może osobiście, ile przez swoich uczniów. Oni zresztą — i to jest zasługa nie mała — nauczyli społeczeństwo nasze szukania pomocy lekarskiej w kraju i wyrobili wśród niego poszanowanie dla stanu lekarskiego. W rażącej sprzeczności z poglądami Biernackiego stoją usiłowania Biegańskiego, który „pragnie nawiązać nić tradycyi“, biorąc za punkt wyjścia myśli, zawarte w dziele Chałubińskiego. A wszakże Chałubiński, to jeden z najstarszych, a Biegański, to „średni“ i to jeden z najlepszych tego pokolenia.

Na początku swej karyery, — *Sturm und Drang Periode*! — „średni“ walczyli ze starszymi, ale powoli antagonizm znikał, bo odnalazły się nici wiążące z przeszłością bo się okazało, że nowe prądy i nowe ideały nie wyskakują, jak Minerwa z głowy Jowisza, tylko są ewolucyą dawnych. „Średni“ mogą sobie powiedzieć śmiało, że zrobili, co do nich należało. Zrozumieli „ducha czasu“ i postawili czoło nieprzyjaznym okolicznościom, wśród których się znaleźli. Opanowali piśmiennictwo, zdobyli szpitale, bo na tem tylko polu można się było odznaczyć i służyć społeczeństwu. Powodzenie materyalne, które się stało udziałem wielu z nich, płynęło z tak czystych i etycznych źródeł — pracy, uzdolnienia, koleżeństwa, — że dodało otuchy młodszym iż tą drogą, pomimo warunków nieprzyjaznych, zdobywa się sławę i dobrobyt. Za ich to wpływem powstał nowy, więcej współczesny ideał, l e k a r z y - p r a k t y k ó w, p r a c u j ą c y c h n a u k o w o. Jest to tylko pogłębienie dawniejszego ideału l e k a r z a w y k s z t a ł c o n e g o, w y c h o d z ą c e g o z d o b r e j s z k o ł y, jakimi byli „najstarsi“. Uczonych w ścisłem znaczeniu tego słowa, ludzi oddanych czystej nauce, a zwłaszcza też twórców jakichś nowych idei, posuwających naprzód naukę lekarską, nie było prawie wśród starszych, a niema ich i wśród średnich. Może się znajdą wśród młodszych i najmłodszych. Tych ostatnich Biernacki charakteryzuje jako adogmatyków.

Adogmatyzm, — w znaczeniu nieszanowania powag,— jest w ogóle cechą młodości, — cechą, powiedzmy dodatnią, bo prowadzącą do samodzielności, krytycyzmu. W pogoni za ideałem prawdy młodość druzgocze po drodze wszelkie powagi, a w poczuciu własnej siły nie korzy się przed żadną uznaną wielkością. Tak było od początku świata! Adogmatyzm zaś w znaczeniu współczesnem, Sienkiewiczowskiem *(Bez dogmatu)*, t. j. brak wiary w to, co się robi, brak norm w ocenianiu faktów i ludzi, nie jest, niestety, wyłączną cechą najmłodszych. Tu każdy krytyk mógłby zawołać ze Słowackim: „mówię, bom smutny i sam pełen winy!“ Młodzi i najmłodsi niczem się jeszcze nie wyodrębnili: idą szlakiem, utartym przez bezpośrednich swoich poprzedników. Wybitniejsi, pracujący naukowo w szerszem znaczeniu tego słowa, cieszą się uznaniem i łatwiej, niż to było dawniej, zyskują poparcie moralne, a nawet pomoc materyalną, dla dalszej pracy. „Męczenników myśli“ widzimy coraz mniej, chwała Bogu. Nauczyliśmy się już szanować własnych proroków, tylko ci ostatni stają się coraz drażliwsi i nie znoszą cienia krytyki. Biernacki za ostro skrytykował najmłodszych, przedstawiając ich, jako bandę „adogmatyków“, włóczących się bez celu po oddziałach szpitalnych i pracowniach, nie umiejących pracować naukowo, piszących dla zdobycia sobie praktyki. Wiem, że autor sam tak nie myśli, ale rozgoryczenie jakieś podyktowało mu ten ponury obraz najmłodszego pokolenia lekarzy. Szkoda, że Biernacki choć jednem słowem nie wspomniał o całych zastępach młodych lekarzy, praktykujących na prowincyi. Tu postęp i zmiana na lepsze nie ulega najmniejszej wątpliwości. Proszę zajrzeć do niektórych szpitali prowincyonalnych, do towarzystw naukowych, proszę przejrzeć nasze pisma lekarskie, a przekonamy się, że młodsze i najmłodsze siły wiedzą, dokąd dążą i rokują jak najlepsze nadzieje. Jest to praca skromna, zawodowa i społeczna, nie naukowa; ale zaważy ona w historyi naszej kultury. Uwagi Biernackiego, co do wad redagowania naszych pism lekarskich, po większej części są słuszne. Rzeczywiście te małe parlamenty ze swemi stronnictwami i koteryami już się jakoś przeżyły i domagają się reformy. Dziwiło nas to zawsze, dlaczego wszystkie pisma nasze tak się wzorują niewolniczo na obraz i podobieństwo *Gazety lekarskiej*, której ustrój wewnętrzny w swoim czasie był rzeczywiście wzorowy, ale z biegiem czasu wykazuje dużo wad, domagających się reformy. Tu właśnie „najmłodsi“ mieliby pole do wykazania swojej odrębności, przeprowadzając odpowiednie ulepszenia w duchu czasu. W każdym razie możemy tylko czuć wdzięczność dla Biernackiego za poruszenie spraw żywotnych, w sposób zbyt może podmiotowy, ale szczery i zajmujący.

Prawdzic.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 28 Kwietnia.

* *VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.*

Czyniąc zadość życzeniom, wyrażonym przez lekarzy i przyrodników Warszawy, Lwowa i Krakowa, Komitet Gospodarczy uchwalił ostatecznie przełożyć termin Zjazdu na dzień 8, 9 i 10 Sierpnia.

W dalszym ciągu zapowiedzieli odczyty następujący prelegenci: 17) Dr. B y c h o w s k i z Warszawy: „Klatka piersiowa w świetle promieni Roentgena“; 18) Dr. B o g d a n i k z Biały: „Ciąża pozamaciczna 7 lat trwająca“; 19) Dr. Alfred S o k o ł o w s k i: „Spostrzeżenia kliniczne nad zmianami chorobowemi w górnym odcinku dróg oddechowych przy

wadach zastawkowych serca"; 20) Dr. Rychliński: „Przyczyny powstawania bezwładu postępującego"; 21) Prof. Dr. Nussbaum ze Lwowa: 1) „Badania nad morfologią języka u zwierząt ssacych; 2) Przyczynek do kwestyi wzmocnienia serca i naczyń krwionośnych u skorupiaków; 2) Badania nad rozwojem embrynalnym pasorzytnych równonogów (Isopoda) morskich"; 22) Dr. J. Strzemiński z Wilna: „Ophtalmia essentialis"; 23) Dr. M. Rajchman z Warszawy: „O przewlekłych biegunkach, rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu"; 24) Doc. Dr. Nowak i Lemberger z Krakowa: „Badania histologiczne i chemiczne nad kwestyą, czy istnieje zwyrodnienie tłuszczowe organów, czy też mamy tylko do czynienia z nacieczeniem tłuszczowem"; 25) Doc. Dr. Nowak i Dr. Piotrowski z Krakowa: „Zmiany w błonie śluzowej w macicy, w różnych stanach chorobowych, tak organów jak i macicy"; 26) Dr. B. Buszczyński z Krakowa: „Najnowsze badania nad meteorami i gwiazdami spadającemi"; 27) Dr. Sędziak z Warszawy: „Zaburzenia krtaniowe przy cierpieniach centralnego nerwowego systemu"; 28) Dr. Biegański z Częstochowy: „Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia"; 29) Dr. Kijewski z Warszawy: „O resekcyi płuc". 30) Dr. Kamocki (Warszawa): „O pochodzeniu barwika melanotycznych mięsaków oka". Nadto zgłosili się z tematami Dr. Dydyński, Dr. Krajewski i Dr. Sawicki z Warszawy (tematy zastrzeżone).

* *Były prezes Towarz. lek. krak., Dr. Surzycki, doręczył nam następujący list do ogłoszenia:*

Kraków, 9 grudnia, 1897 r.

Wielce Szanowny Panie Prezesie!

Przed tygodniem oświadczył mi Pan, że grono kolegów łaskawych dla mnie i pragnących urządzić dla mnie uroczystość jubileuszową 30-letniego doktoratu, upoważniło Pana do poczynienia w tym kierunku przygotowań wstępnych. Dla tego zapytywał mnie Pan, czy się na obchodzenie tego jubileuszu zgadzam lub nie.

Odpowiedziałem Panu Prezesowi, że całą duszą wdzięczny jestem i pozostanę tym łaskawym kolegom, którzy zamiar powyższy podjęli, względnie łaskawie go przyjęli, za ich dla mnie życzliwość; co się zaś tyczy istoty rzeczy, im więcej o niej myślę, tem więcej obawiam się, że byłem w odpowiedzi mojej mało stanowczy i że wskutek tego i łaski Panów kolegów, mógłbym za dwa lata doczekać się jubileuszu, którego uniknąć pragnę. Więc dla tego dziś zabrałem się do pióra, stanowczo i usilnie prosząc o łaskawe zaniechanie wszelkich przygotowań w tej sprawie.

Wiele spraw w życiu mojem nie wypełniłem tak, jak zamierzałem; zasług więc mam faktycznie bardzo mało, a za te, jakie są, odebrałem od społeczeństwa już więcej uznania, niż zasłużyłem. Więc dość tego. Może mi Bóg jeszcze życia udzieli i pozwoli pracować dalej, a jak będą dalsze czyny godne uznania, to i ono nie minie. Na niewdzięczność ludzi ja się skarżyć nie mogę, tem mniej mi wypada łaskawość ich wyzyskiwać.

Proszę bardzo zrozumieć mnie i zastosować się do mojej uprzejmej prośby.

Kończę i t. d. *Dr. H. Jordan.*

Dla zrozumienia treści tego listu wyjaśnić należy, że grono kolegów krakowskich, biorąc asumpt z zbliżającej się 30-letniej rocznicy doktoratu prof. Jordana, zamierzało uroczystym jubileuszem uczcić jego obywatelską, zawodową i filantropijną działalność. List przytoczony nie pozostawia pola do apelacyi i życzeniu Czcigodnego profesora, wypowiedzianemu tak kategorycznie, stać się musi zadość. Nie będzie zatem uroczystej biesiady, nie będzie może nieco szablonowych mów i t. d., lecz pozostanie treść każdego, sprawiedliwie zasłużonego jubileuszu, t. j. samorzutny dowód uznania wzniosłych czynów wysoce uspołecznionej jednostki. przez wdzięczny i zobowiązany ogół.

* Dzienniki donoszą ze Lwowa, że wskutek zarządzenia namiestnictwa, odbyła się w tem mieście, jak co roku na wiosnę, inspekcya składów wód mineralnych. Rewizyi tej dokonał delegat biura sanitarnego magistratu, przy współudziale fizyka i chemika miejskiego. Komisya stwierdziła wszędzie stan zadawalniający, z wyjątkiem jednego gatunku wody, która prawie we wszystkich handlach okazała się do użytku nieprzydatną. Wobec faktu, że we wszystkich składach woda ta miała te same usterki, wina ciąży oczywiście na zarządzie zdrojowiska i polega, jak się okazało, na niezachowaniu należytej uwagi przy napełnianiu flaszek. Rzecz naturalna, że magistrat zarządził usunięcie tej wody z obiegu.

Z tego doniesienia łatwo wywnioskować, że woda ta musi mieć te same braki we wszystkich składach całego kraju, skoro przyczyna jej zepsucia tkwi w złem napełnianiu flaszek. Zachodzi więc pytanie, czy zarządzono powszechne zbadanie jej w całej Galicyi i ewentualne usunięcie z handlu? Pojmujemy dyskrecyę, że się nie wymienia zdrojowiska, które zawiniło, gdyż zakłady nasze w istocie potrzebują względności i życzliwej opieki; lecz z drugiej strony o wiele większą jeszcze pieczę winien mieć zarząd zdrowia publicznego nad społeczeństwem, zwłaszcza nad leczącymi się, niż nad pojedyńczym, w dodatku niedbałym, zakładem zdrojowym.

Znając gorliwość naszej administracyi sanitarnej, przekonani jesteśmy, że spełniła swój obowiązek i usunęła z obiegu poszlakowaną wodę.

* Ospa i dur osutkowy panowały w Galicyi, w miesiącu marcu, w następujących powiatach: ospa — w bialskim (1 gmina), bohorodczańskim (2), borszczowskim (3), brodzkim (2), brzeżańskim (4), buczackim (7), doliniańskim (1), gródeckim (1), horodeńskim (2), husiatyńskim (4), kałuskim (1), kołomyjskim (3), nadworniańskim (1), podgórskim (1), podhajeckim (18), rohatyńskim (9), ropczyckim (1), rzeszowskim (9), śniatyńskim (4), stanisławowskim (11), tłumackim (3), trembowelskim (5), zaleszczyckim (1), zbarażskim (1). Dur osutkowy: w powiecie bohorodczańskim (3), bocheńskim, dąbrowskim, dobromilskim, drohobyckim, gródeckim (po 1 gminie), husiatyńskim (3), jarosławskim (2), jaworowskim (8,) kolbuszowskim (5), limanowskim, lwowskim (po 1), mościskim (2), niskim, rawskim (po 3), samborskim (1), sanockim (3), śniatyńskim (3), sokalskim, tarnopolskim (po 3), trembowelskim (2), złoczowskim (4), żydaczowskim (2).

* Zupełnie słuszną potrzebą założenia drugiego uniwersytetu czeskiego na Morawach przejmują się coraz szersze warstwy narodu czeskiego: d. 17 b. m. odbyły się nader liczne zgromadzenia w Kolinie, Ołomuńcu, Przerowie, Hradcu królewskim i Pilznie, na których zapadły rezolucye, domagające się natychmiastowego otwarcia drugiego zakładu czeskiego dla wykładu wyższych nauk.

* Wiadomo, że w uniwersytetach niemieckich, z wyjątkiem Lipska, Giessenu i Rostocku, dyplom doktora medycyny, wydany przez władze uniwersyteckie, ma znaczenie tylko dokumentu akademickiego, a dla nabycia praw do wszelkiej działalności lekarskiej należy zdać egzamin przed specyalną rządową komisyą egzaminacyjną. Ta dwoistość dyplomów lekarskich została zniesioną 1-go b. m., a pozostaje tylko dyplom jednego typu, którego, po zdaniu egzaminu, udzielać będą władze

* Sędziwy prof. Gurlt obchodził 19 b. m. 50-letni jubileusz swego doktoratu.

Mianowani: Nadetatowy ordynator kliniki położniczej Uniwers. warszawskiego, Dr. St. Gaszyński, został lekarzem asystentem przytułku położniczego Nr. 3. Dr. W. Szumlański mianowany zarządzającym ambulatoryum szpitalnego na Pradze.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Worms — członek Akademii lekarskiej w Paryżu. Głośny pedyatra angielski, Dr. West, l. 87, w Paryżu. Dr. Seguin, neuropatolog amerykański, w Nowym Yorku.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 4-go Maja, to jest we środę o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym wygłoszą odczyty:

1) Kolega Prof. Dr. Wachholz: „O formalnych przewinieniach lekarskich".

2) Kol. Dr. Starzewski (z Tarnowa): „O zapobieganiu gorączce połogowej i przyrannej".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 7. Maja 1898. Nr. 19.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wzajemnym stosunku funkcyj żołądkowych i jelitowych

podał

Dr. Józef Wiczkowski,

przełożony pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym.

Ścisły związek, jaki zachodzi w stanie prawidłowym między żołądkiem a jelitami, znajduje zupełne wytłómaczenie tak w ich budowie anatomicznej, jako też w czynnościach fizyologicznych. W obu tych bowiem częściach narządu pokarmowego jest zachowany ten sam typ budowy, taka sama praca, z pewnemi odmianami, przypada im w udziale, mianowicie wydzielanie soków, wessanie odpowiednio przygotowanych składników pokarmowych i wydalanie zużytej przez się miazgi pokarmowej. Również ta sama pobudka do pracy; pokarmy i napoje, stawszy się treścią żołądkową, przybierają piętno pracy żołądka, przedostają się do jelit i tu wywierają wpływ odpowiedni przez swe własności mechaniczne, chemiczne i termiczne. Czynności te żołądka i jelit pozostają niewątpliwie pod wpływem wspólnych ośrodków nerwowych. Wprawdzie pewna część tych funkcyj zależy od ruchu i życia samych komórek, czy to gruczołowych czy to mięśniowych, zostających pod bezpośrednią pobudką własnych zwojów nerwowych, które tem samem stwarzają pewną samodzielność w pracy; wprawdzie mają się znajdować osobne nerwy wydzielnicze dla żołądka, przebiegające wraz z nerwem błędnym, jak to starają się wykazać Pawłow i E. O. Schumowa Simanowskaja [1]) — mimo to jednak faktem niewątpliwym zostaje, że czynności żołądka i jelit są regulowane przez wspólny układ nerwowy. Przyjrzawszy się przebiegowi nerwów i rozmieszczeniu splotów, uzyskamy dla tego twierdzenia podstawę anatomiczną, na której tem bardziej opierać się należy, ile że badania doświadczalne, fizyologiczne dotychczas częstokroć sprzecznie wypadają.

Ponieważ w unerwieniu żołądka i jelit zyskamy dalszy dowód dla łączności ich ze sobą, przeto pozwolę sobie powtórzyć w krótkości to, co nam nauka podaje. Nerwy błędne, opuściwszy szyję, biegną wzdłuż przełyku, lewy na przedniej ścianie, prawy na tylnej; po drodze rozszczepiają się na drobne gałązki, które tworzą sieć w tkaninie przełyku i przechodzą, a wraz z nimi i gałązki sieci, przez otwór przełykowy przepony do żołądka. Lewy nerw błędny przechodzi na wpust i na krzywiznę małą żołądka, tworzy tutaj splot żołądkowy przedni (plexus gastricus anterior), potem rozszczepia się na gałązki, przechodzące po przedniej ścianie żołądka aż do odźwiernika i tu się łączące wielokrotnie z gałązkami nerwu współczulnego. Prawy zaś nerw błędny rozdziela się na trzy części; dwie części przechodzą do trzewiów brzusznych, a więc i do jelit i splotu trzewowego (plexus coeliacus), a jedna część rozpościera się po tylnej ścianie żołądka i tworzy tutaj splot żołądkowy tylny (plexus gastricus posterior). Końcowe gałązki łączą się również z gałązkami nerwu współczulnego.

Ze splotu trzewowego (plexus coeliacus) wychodzi cały szereg splotów wtórorzędnych, jak: *plexus coronarius ventriculi*, który przechodzi wraz z *art. coronaria ventriculi sinistra* do małej krzywizny żołądka i tutaj łączy się z nerwem błędnym: inny splot przychodzi także do małej krzywizny żołądka wraz z *arteria coronaria ventriculi dextra*; inny znów wraz z *art. gastro-epiploica dextra* do wielkiej krzywizny żołądka i tu tworzy splot *plexus coronarius ventriculi inferior*.

Splot Auerbacha, leżący w ścianach jelita, między warstwą zewnętrzną mięśni podłużnych a wewnętrzną mięśni okrężnych, od którego ma zależeć rytm ruchów robaczkowych, bierze swój początek, według Auerbacha, już na ścianach żołądka, mianowicie na krzywiznie małej; a splot Meissnera, leżący w warstwie podśluzowej, pod którego wpływem jak przypuszczają, zostaje sprawa wydzielnicza w jelitach, poczyna się w części oddźwiernikowej żołądka. Gdy nadto zważymy, iż powyższe sploty łączą się z ośrodkami mózgowo-rdzeniowymi za pośrednictwem nerwów trzewowych i nerwów błędnych, łatwo możemy sobie wytłómaczyć, jak mogą zmysłowe i psychiczne bodźce wpływać na przewód pokarmowy. Wystarczy przytoczyć powszechnie znane fakta o wpływie strachu, jak wtedy kąsek w gardle utyka, pokarmy niestrawione godzinami leżą w żołądku, wzmagają się ruchy robaczkowe jelit i występuje rozwolnienie itp., — oraz o odruchach pod wpływem zmysłów wzroku, słuchu, smaku itp., aby dobitnie się przekonać, że w stanie fizyologicznym żołądek i jelita zostają rzeczywiście pod wpływem tych samych nerwów i zwojów nerwowych i że dla tych powodów mogą na siebie wzajemnie oddziaływać.

Prawdopodobnem przeto jest, że i w stanie patologicznym musi istnieć wzajemny stosunek między funkcyami żołądka a funkcyami jelit. Pomijamy na razie sprawę wpływu chorego żołądka na stan jelit; nam zależy na wykazaniu, czy chore jelita mogą oddziaływać na funkcye żołądkowe. Za pewną wskazówkę może nam służyć codzienne doświadczenie, wykazujące, jak często, czy to z powodu zaparcia stolcowego, czy to z powodu częstych stolców, występują objawy dyspeptyczne, a mianowicie brak łaknienia, nudności, wymioty, odbijanie, gniecenie, kurcze, a nawet bóle

[1]) J. F. Pawlow und E. O. Schumowa Simanowskaja: Beiträge zur Physiologie der Absonderungen. Du Bois Arch. f. Phys. 1895.

żołądkowe, które znikają, gdy się tylko ureguluje czynności jelitowe. Wykazanie związku między żołądkiem a jelitami jest rzeczą moich doświadczeń i celem niniejszej pracy, do której tem więcej ochoczo się zabrałem, ile że literatura w tym kierunku jest jeszcze zbyt uboga. Zanim przystąpię do właściwego tematu, podam w krótkości to, co nam z doświadczeń autorów jest znane:

Adolf Schmidt [2]) badał na sobie samym zachowanie się trawienia pokarmów mięsnych i skrobiowatych pod wpływem wzmożonego ruchu robaczkowego jelit. Po wzięciu olejku rącznikowego, jeżeli nie występywało rozwolnienie, trawienie pokarmów skrobiowatych przyśpieszało się o kwadrans, a mięsnych o pół godziny; gdy jednak olejek swój skutek zrobił, trawienie się opóźniało w jednym i drugim razie. Podobne wyniki otrzymał po zażyciu wyciągu rzewienia (rheum). Gdy pół gramu kalomelu wywołało stolce, trawienie pokarmów skrobiowatych opóźniło się o pół godziny, a mięsnych o godzinę. Takie same wyniki otrzymał i z olejkiem krotonowym. Więcej jest prac co do działania soli alkalicznych i wód alkalicznych na funkcye żołądkowe. Poprzestaniemy tylko na wymienieniu ważniejszych i nowszych prac, gdyż wszystkie prawie podają te same wyniki. Pierwsze doświadczenia pochodzą od Klaudyusza Bernarda: przekonał się on, że u zwierząt małe dawki soli alkalicznych wzmagają wydzielanie się soku żołądkowego, wielkie zaś dawki alkalizują sok żołądkowy. Leube [3]) twierdzi, że dwuwęglan sodowy i wody mineralne, zawierające tę sól, nietylko zobojętniają nadmiar kwasu w żołądku, lecz nadto, co ważniejsza pobudzają błonę śluzową do świeżego i długo trwającego wydzielania.

Według Jaworskiego [4]) woda karlsbadzka i sól karlsbadzka, w małych dawkach, pobudzają narząd wydzielniczy żołądka; wielkie zaś dawki, lub za długie podawanie małych dawek, upośledza czynność wydzielniczą żołądka. Do podobnych wniosków doszedł Wacadze [5]), badając kaukazkie wody alkaliczne i twierdzi, że wody alkaliczne nietylko wzmagają siłę wydzielniczą, lecz także przyśpieszają ruchy żołądka i ułatwiają wsysanie. Dwuwęglan sodowy (A. Gilbert [6]) w silnej dawce czyni treść żołądkową na $^1/_2$ godziny alkaliczną, poczem występuje wzmagające się szybko oddziaływanie kwaśne. Według Reichmana [7]) dwuwęglan sodowy nie wpływa na wydzielniczą siłę żołądka, tylko zobojętnia już wydzielony sok żołądkowy. Tyle co do literatury.

W pracy mojej pragnąłem również przekonać się, czy i o ile zachodzi związek między funkcyami jelitowemi a funkcyami żołądka. W tym celu przedsięwziąłem szereg doświadczeń najpierw na ludziach względnie zdrowych, u których badałem chemizm i mechanizm żołądka, a poznawszy go, sprowadzałem sztucznie zboczenia funkcyj ruchowych jelit, jużto zwalniając takowe, jużto je przyspieszając i badałem wśród tych warunków, jakim zmianom ulegał poznany już poprzednio chemizm i mechanizm żołądka. Otrzymawszy wyniki, o których niżej mówić będę, przeszedłem do przypadków chorobowych zboczeń funkcyj jelitowych, bacząc znowu jak wśród takowych, i jak po ich usunięciu zachowywał się chemizm i mechanizm żołądkowy.

Doświadczenia na ludziach względnie zdrowych, ze środkami przyspieszającymi i zwalniającymi ruchy robaczkowe, umieściłem w *dziale A*.

Ze środków przyspieszających ruchy robaczkowe jelit podawałem olejek rącznikowy, wyciąg rzewienia (rheum), napój wiedeński, sól karlsbadzka, podofilinę z wyciągiem aloesowym i z wyciągiem *cascarae sagradae*; ze środków zaś zwalniających ruchy robaczkowe, wyciąg lub nalewkę makowca, bismut, tannigen.

Dział B. zajmują przypadki chorobowe bez wyboru, tak jak się nadarzały, ale z wybitnem cierpieniem jelit, tj. z osłabieniem lub ze wzmożeniem ruchu robaczkowego.

Treść żołądkową badałem w trzy kwadranse po śniadaniu próbnem [8]) i w trzy godziny po obiedzie próbnym; ten sposób postępowania zastosowałem u wszystkich chorych przez cały szereg dni, pragnąc otrzymać możliwie najdokładniejsze wyniki przez zachowanie tych samych warunków.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Przyczynek do leczenia bolesnego miesiączkowania (dysmenorrhoë)

napisał

Dr. Oświecimski z Katowic (Szląsk pruski).

Rozróżniamy w ogóle trzy główne postacie bolesnego miesiączkowania: 1) z a p a l n ą (dysmenorrhoë inflamatoria), która powstaje skutkiem zmian zapalnych samej macicy, części dodatkowych, lub też jej otoczenia; 2) n e r w o w ą (dysmenorrhoë nervosa), będącą następstwem przeczulicy błony śluzowej macicy i 3) m e c h a n i c z n ą (dysmenorrhoë mechanica), powstającą w skutek utrudnienia dopływu krwi do macicy, albo też w następstwie utrudnienia odpływu jej z macicy.

Nie mam wcale zamiaru bliżej się zastanawiać nad pierwszą i drugą postacią bolesnego miesiączkowania; chciałbym tylko w krótkich słowach omówić te rodzaje bolesnego miesiączkowania, które mają swą przyczynę w pewnej przeszkodzie mechanicznej, a zarazem podać do szerszej wiadomości postępowanie, jakie z dobrym skutkiem w takich razach stosuję. Pominąwszy przypadki, w których ujście wewnętrzne macicy jest zatkane przez uklej śluzowy, występuje bolesne miesiączkowanie jeszcze wskutek takich przeszkód mechanicznych, jak 1) niedotwórstwo (hypoplasia) macicy, 2) cieśń (stenosis) szyjki macicznej i 3) przodozgięcie macicy bardzo znacznego stopnia.

W przypadkach niedotwórstwa macicy występuje bo-

---

2) E. A. Schmidt: Einfluss der gesteigerten Körperbewegung und Darmperistaltik auf die Magenverdauung 1893. Inaug. Diss.

3) Leube: Krankheiten der Magens und Darms 1878.

4) W. Jaworski: O stosowaniu leczniczem nowej soli karlsbadzkiej i zachowaniu się tejże w przewodzie pokarmowym. Zbiór prac z kliniki lekarskiej prof. Korczyńskiego. Zeszyt XI. 1885. Ueber die Wirkung des Karlsbader Termalwassers auf die Magen-Darmfunction 1885. Leipzig. Ueber die Wirkung, therapeutischen Werth und Gebrauch des neuen Karlsbader Quellsalzes, nebst dessen Beziehung zum Karlsbader Termalwasser. Wien 1886.

5) K. woprosu o wlianie solono lecznych wod na odprawlenie żełudka i kisłotnosti moczi u zdorowych i bolnych ludiej. Pieterburg 1891.

6) A. Gilbert: De l'action du bicarbonate de soude sur le chimisme stomacal. Memb. soc. biolog. 45. 139–154.

7) N. Reichmann: Experimentelle Untersuchungen ueber den directen Einfluss des doppeltkohlensauren Natron auf die Magensaftsecretion. Arch. f. Verdauungs-Krankheiten B. I. H. 1.

8) W niektórych tylko razach mogłem się posługiwać metodą białkową, podaną przez Gluzińskiego i Jaworskiego.

leśne miesiączkowanie z powodu, iż nie tylko sama macica jest mało rozwinięta, lecz również i jej naczynia krwionośne są nierozwinięte i cienkie. Podczas nawału krwi, w czasie miesiączki, parcie krwi nadmiernie podnosi się w tych naczyniach, skutkiem czego występują odruchowo ściągania macicy. W miarę późniejszego lepszego rozwoju macicy, rozwijają się lepiej również i naczynia krwionośne, stają się grubsze, a wtedy bolesne miesiączkowanie ustępuje. Dowodem tego są przypadki, w których, u młodych dziewic z macicą nierozwiniętą, (uterus infantilis), ustaje bolesne miesiączkowanie z chwilą, w której zaczną płciowo obcować, gdyż macica zwykle zostaje wtedy niejako pobudzoną do lepszego rozwoju. A zatem w przypadkach niedotwórstwa macicy bolesne miesiączkowanie jest następstwem utrudnienia dopływu krwi do macicy. Zupełnie przeciwnie ma się rzecz w przypadkach cieśni szyjki macicznej, i bardzo znacznego stopnia jej przodozgięcia; w tych bowiem przypadkach główną rolę odgrywa utrudnienie odpływu krwi z macicy.

Tak dobrze cieśń szyjki macicznej, jako też i jej przodozgięcie, stanowią w czasie miesiączki przeszkodę do obrzmiewania błony śluzowej i jednostajnego jego rozszerzenia się; oprócz tego śluz wydzielony przez błonę śluzową macicy zatyka i tak już ciasne wyjście. Następstwem tego stanu jest zatrzymywanie się we wnętrzu macicy krwi, która wywiera ciśnienie na błonę śluzową macicy i przeszkadza jednostajnemu jej obrzmiewaniu; powstaje zatem istne koło błędne. Jeżeli więc zrobimy dość miejsca, aby błona śluzowa macicy mogła obrzmiewać, jeżeli dla śluzu i krwi zabezpieczymy dostateczny odpływ, jeżeli zatem wyrównamy nadmierne zgięcie macicy, natenczas w takich razach bolesne miesiączkowanie ustępuje.

W takich przypadkach bolesnego miesiączkowania osiągnąć można znakomite wyniki przez równoczesne zastósowanie rozszerzania i mięsienia macicy.

Sposób postępowania jest następujący: W ułożeniu chorej na wznak stosuje się w celu rozszerzenia macicy metalowe rozszerzadła Hegara, rozpoczynając od najmniejszych numerów i dochodząc aż do mających 12 milimetrów grubości. Rozszerzadła te są przechowywane w suchym sterylizatorze formalinowym (patent. Dr. Łepkowski - Heller) a przed samem użyciem należy je zanurzyć w ciepłym 5% roztworze sody, gdyż zimne rozszerzadła często wywołują znaczne bóle w macicy. Jeżeli szyjka macicy jest już na 10—12 milimetrów rozszerzoną, wtedy pozostawiamy ostatnio użyte rozszerzadło w macicy i dwoma palcami, wskazującym i średnim, ręki lewej, wprowadzonymi do pochwy, wysuwamy macicę w całości ku górze, przyczem palec wielki ręki lewej przytrzymuje lekko rozszerzadło za trzonek, aby nie pozwolić mu się wyślizgnąć. Równocześnie prawą ręką, przez powłoki brzuszne, wykonuje się w ciągu 2 do 3 minut mięsienie przez pocieranie i ściskanie macicy, znajdującej się niejako na rozszerzadle; poczem rozszerzadło się usuwa, pochwę zaś, do której wśród tego z macicy wypłynęło nieco krwi, oczyszcza się we wzierniku Fergussona, a wreszcie wprowadza się do pochwy tampon napojony ichtyolwazogenem Pearsona.

Postępując w powyżej opisany sposób wzmacniamy warstwę mięsną niedorozwiniętej macicy mięsieniem, które może być stósowane energicznie na rozszerzadle Hegara i w ten sposób pobudzamy macicę do bujania (hyperplasya), co oczywiście korzystnie wpływa na naczynia krwionośne, które rozszerzają się i grubieją. Że to przez stósowanie mięsienia osiągnąć możemy z łatwością, jest rzeczą ogólnie znaną i nie wymaga wcale dalszego dowodu; a jeżeli z czasem ten cel osiągniemy, to i przyczyna bolesnego miesiączkowania znika. W przypadkach bardzo znacznego przodozgięcia macicy, już przez samo stósowanie rozszerzadeł, szyjka macicy się rozszerza i prostuje, czyli odgina; dalej podczas mięsienia na rozszerzadle kąt zgięcia macicy wyrównywa się coraz więcej; w przypadkach wreszcie cieśni szyjki macicznej usuwamy zwężenie już przez samo rozszerzanie, skutkiem zaś mięsienia na rozszerzadle ściany szyjki macicznej stają się więcej podatne, miękkie i mniej skłonne do ponownego zwężenia.

Zakładanie tamponów ichtyolwazogenowych ma wreszcie za zadanie z jednej strony chronić nieco zranioną macicę przed zakażeniem z zewnątrz, a z drugiej działać rozdzielająco na tkankę łączną, która tak w każdym przypadku cieśni szyjki, jako też i nadmiernem przodozgięciu macicy znajduje się w znacznej ilości. Dawniej używałem w tym celu ichtyolu z gliceryną, jednak zaniechałem tego leku, gdyż przekonałem się, że ichtyolwazogen Pearsona znacznie skuteczniej działa.

Oto w krótkich słowach sposób i cel mego postępowania, o którego wypróbowanie PP. Kolegów uprzejmie proszę. Działanie tego mechanicznego leczenia sprawy bolesnej miesiączki znakomicie się wzmacnia przez podawanie stypticyny (cotarninum hydrochloricum), którą od blizko pół roku z doskonałym skutkiem polecam; jednak moje doświadczenia w tym względzie nie są jeszcze ukończone w zupełności i dlatego pozostawiam sobie na później ogłoszenie ich w osobnym artykule.

III. Ważniejsze przypadki z oddziału Prof. Pieniążka dla chorób krtani, gardła i nosa

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

zestawił

Doc. Dr. Aleksander Baurowicz,
asystent uniwersytecki oddziału.

(Ciąg dalszy).

Kiła trzeciorzędna w drogach oddechowych była przyczyną zwężenia raz w krtani, dwa razy w tchawicy. W pierwszym przypadku u chorej wynędzniałej, liczącej lat 40, znaleziono rozległe zmiany pokiłowe na podniebieniu miękkiem i w gardle; w krtani, obok wygojonego ubytku nagłośni, stwierdzono znaczne zgrubienie więzadeł fałszywych i pod strunami prawdziwemi, zwłaszcza pod lewą, — wreszcie nienależyte rozchodzenie się strun. Ciężki oddech chorej wymagał wykonania tracheotomii, a ze względu, że chora źle znosiła wcierania, musieliśmy się ograniczyć do podawania jodku potasowego. Pod wpływem tego leczenia zgrubienia podwięzadłowe zmniejszyły się, oddech się poprawił; chcąc jednak usunąć kaniulę, potrzeba było wykonać laryngofisurę. Podczas wykonania tej operacyi wycięto zgrubienia podwięzadłowe i bliznę, zajmującą ścianę tylną; założono jak zwykle tampon, który po ośmiu dniach wyjęto. Stan ogólny chorej przedstawiał się jednak bardzo

niepomyślnie, o przełykaniu mowy być nie mogło, gdyż wszystko wpadało chorej do krtani; rozpoczęto też zaraz żywienie sondą; mimo tego nie można było skrzepić chorej na siłach, osłabienie postępowało coraz szybciej, ciepłota w ostatnich dniach, aż do zgonu chorej, pozostała poniżej prawidłowej. Na stole sekcyjnym stwierdzono zanik brunatny mięśnia sercowego i wątroby, obok objawów ogólnego uwiądu.

Przypadki zwężeń tchawicy z powodu kiły trzeciorzędnej, lubo zwężenie tchawicy było dość znaczne, przecież nie wymagało tracheotomii, a świeży obraz zmian kazał spodziewać się rychłej poprawy przy energicznem leczeniu; oba przypadki nie były nigdy przedtem swoiście leczone. Jeden z nich dotyczył kobiety młodej, lat 33 liczącej, która podała, iż od 6 tygodni cierpi na utrudniony oddech, a od przeszło pół roku ma wrzód na piersi, który się nie goi.

Obraz typowy rozpadłego kilaka skórnego, kazał się domyślać przyczyny zwężenia w tchawicy. I rzeczywiście znaleźliśmy w dolnym odcinku tchawicy naciek, na powierzchni rozpadły, zajmujący tylną i boczną ścianę prawą. Światło tchawicy zwężone, pozostawiało szparę skośną, przez którą podziału tchawicy zobaczyć nie było można. Po energicznem leczeniu (wcierania i jodek potasowy) trwającem ledwo dni 21, znikł naciek w tchawicy i zagoił się wrzód bez zostawienia następowych zmian, również wcześniej jeszcze zabliźniło się pod plastrem rtęciowym owrzodzenie na skórze.

Przypadek drugi dotyczył kobiety, liczącej lat 49, która od dwóch miesięcy doznawała duszności, a przed kilku laty miała wrzody na skórze, dziś zagojone z pozostawieniem blizn. U tej chorej znaleźliśmy już na korzeniu języka, po stronie lewej, dwa wrzody, jeden wielkości grochu, drugi grosza, oba o dnie gładkiem, pokrytem wydzieliną żółtawą o brzegach ostro ciętych, podminowanych, z rąbkiem czerwonym. W tchawicy zaś, znowu w dolnej części, znaleźliśmy guz, zajmujący tylną ścianę lewą, o powierzchni gładkiej, żywo czerwono zabarwionej; pozostała szpara przy ścianie prawej tchawicy, rozmiarami dosięgała ledwo ziarnka grochu. Chorą tę obserwowaliśmy tylko krótki czas, gdyż po trzech dniach zażądała wystąpienia ze szpitala. Podczas gdy w pierwszym przypadku mieliśmy kilaka już rozpadłego, w drugim, kilak tchawicy przedstawił nam się w okresie wcześniejszym.

Z czterech przypadków r a k a w k r t a n i na szczególną uwagę zasługuje jeden, w którym obraz i przebieg kliniczny przedstawiały się jako zapalenie ochrzęstnej krtani, a dopiero nekroskopia odkryła rozpadły nowotwór rakowy. Przypadek ten dotyczył kobiety, liczącej lat 50, która podała, iż od 2-ch miesięcy uczuwa ból przy przełykaniu, po stronie prawej i coraz trudniejsze oddechanie; dalej zauważyła obrzęk gruczołów na szyi, które w ostatnich czasach otworzyły się i ropieją. Obecnie bólów przy przełykaniu chora nie doznaje, gorączkować w przebiegu tej choroby nie miała. Oddech ma bardzo ciężki.

Na szyi, po stronie prawej, w okolicy kąta szczęki, widać przetokę pokrytą strupami, prowadzącą do guza twardego, odpowiadającego powiększonemu gruczołowi chłonnemu. Okolica krtani po stronie prawej obrzmiała, obrzęk ten na granicy między górnym brzegiem płyty tarczy prawej a kością gnykową okazuje chełbotanie. Fałd nalewkowo-nagłośniowy prawy i chrząstka nalewkowa prawa znacznie nabrzmiałe, utrudniały obejrzenie wnętrza krtani; tyle jednak dojrzeć można było, iż więzadło fałszywe prawe i więzadło prawdziwe były zaczerwienione i obrzmiałe, wreszcie ruchomość prawej połowy krtani była prawie zniesiona.

Ze względu na powiększony gruczoł tarczykowy zrobiono u chorej tracheotomię dolną; po jakimś czasie potem, podczas gdy z przetoki w okolicy kąta szczęki dolnej wypływała obficie ropa, otworzono ropień w pobliżu płyty tarczykowej, postępując podobnież z ropniami, powstającymi w różnych miejscach po stronie prawej szyi. Jakkolwiek obrzęk w przedsionku krtani się zmniejszył, nigdy jednak nie można było zobaczyć więcej we wnętrzu krtani, jak i poprzednio, a i badanie od dołu żwierciadłem Czermaka nie wykazało nic więcej, jak obrzmienie obustronne okolicy podgłośniowej, pozostawiające wązką szczelinę, przez którą chora wdechu wykonać nie była w stanie. Chora podupadała powoli na siłach i z wycieńczenia zmarła z rozpoznaniem *Perichondritis laryngea dextra*, — *Phlegmone colli;* tymczasem sekcya wykazała rozpadły nowotwór rakowy, który zajmował okrężnie dolny odcinek krtani ze zniszczeniem chrząstki obrączkowej, a przeszedłszy stąd na szyję po stronie prawej, zajął nietylko gruczoły, ale jednostajnie całą okolicę szyi; przetoki, spostrzegane za życia, prowadziły do wnętrza rozpadłych gruczołów, zwyrodniałych rakowato.

Drugi przypadek raka leczony był w roku zeszłym e n d o l a r y n g e a l n i e; wówczas przedstawił się w postaci guza, który był usadowiony płasko na brzegu i częściowo na górnej powierzchni prawdziwej struny lewej, przy zupełnym zachowaniu ruchomości tej struny. Badanie mikroskopowe wyjętego guza, wykazało utkanie rakowe (carcinoma keratoides polyposum). Chory, który usunął się wkrótce po zabiegu operacyjnym z pod naszej obserwacyi, zjawił się ponownie po upływie przeszło 15 miesięcy z oddechem miernie utrudnionym. Obecnie znaleźliśmy pod lewem więzadłem prawdziwem naciek o powierzchni nierównej, guzkowatej, przechodzący na strunę prawdziwą prawą, a nadto w tylnej części zajmujący także więzadło fałszywe prawe. Powierzchnia nacieku była nierówna, nie przedstawiała się jednak owrzodziałą; zwężenie zajmowało okolicę podgłośniową krtani, ruchomość obu strun była utrzymana, choć lewa leniwiej się poruszała niż prawa. Wyjęty i zbadany kawałek z zajętej tylnej części więzadła fałszywego prawego, potwierdził ponownie rozpoznanie *carcinoma keratoides.* Ze względu, iż chory okazywał tylko mierne objawy zwężenia, nie było na razie wskazania do tracheotomii; podczas dalszej obserwacyi, w tydzień po przyjęciu chorego, zaczął on uskarżać się na ból przy przełykaniu, a badanie stwierdziło obrzęk wodnisty fałdu nalewko-nagłośniowego i chrząstki nalewkowej prawej, który po użyciu inhalacyj cynkowych, po kilku dniach ustąpił zupełnie. Tymczasem wytworzył się guz chełboczący na przedniej części krtani, po przecięciu którego stwierdzono nienaruszoną ochrzęstnę chrząstki obrączkowej; przez kilka dni odpływała wydzielina ropna, a wreszcie ropień się wygoił. Chrząstka nalewkowa prawa obrzmiewała jednak co kilka dni, mianowicie jej tylna powierzchnia; ruchomość tej strony przecież była zawsze lepszą, aniżeli strony lewej. Nagle jednego dnia oddech chorego znacznie się pogorszył, stwierdzono znaczne zwężenie się okolicy podgłośniowej z powodu rozrostu masy nowotworowej i przystąpiono niezwłocznie do tracheotomii. Zaraz po nacięciu skóry na-

trafiono na masy ziarninowe, kruche, nie krwawiące, a obmacując okolicę tchawicy dostano się palcem przez owe ziarniny do światła tchawicy tak, iż założono rurkę do tchawicy bez użycia noża. Chorego wypisano ze szpitala, jako nienadającego się do zabiegu doszczętnego.

Przypadek raka podniebienia miękkiego, był nawrotem raka uszypułowanego, ogłoszonego w *Archiwie Fränkla, Tom 6, strona 157*, który wówczas przedstawiał się jako włókniako-gruczolak z następowem miejscami zwyrodnieniem rakowem. Obecnie po sześciu miesiącach znaleźliśmy u chorego znowu guz uszypułowany, wielkości jaja kurzego, uczepiony, podobnie jak poprzednie, na krótkiej, wązkiej szypule, na brzegu podniebienia miękkiego, po stronie lewej języczka. Guz ten o powierzchni nierównej, miejscami pokryty masą nekrotyczną, przy nacisku na tylną część języka, ujawniał się w całości, kładąc się na języku, poczem chory ruchami połykowymi wciągał go napowrót do jamy gardła. Okolica podniebienia miękkiego, przy nasadzie szypuły, przedstawiała się naciekłą, czego nie było w pierwszym razie; guz ten przypadkowo, przy obmacywaniu szypuły urwał się, obsunął się do gardła i chory go połknął. Resztki szypuły, wraz z częścią naciekłą podniebienia miękkiego, wycięto nożycami zakrzywionemi Schoetza, a badanie mikroskopowe szypuły wypadło o tyle ciekawie, że nie przedstawiało śladu z utkania gruczolokowatego, a jedynie typowe utkanie rakowe. Od owego czasu do chwili, kiedy to piszę, upłynęło znowu przeszło 10 miesięcy, chory nie pokazał się więcej.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Zapalenie nerek krwotokowe (*Nephritis haemorrhagica*) na tle zimniczem

podał

Dr. S. Trzebiński.

B. S., $3^1/_2$-letni syn rodziców zdrowych, sam zdrów dotychczas, dostał 15-go stycznia r. b. gorączki, która po kilkogodzinnem trwaniu ustąpiła bez potów. Wymiotów i dreszczów nie było. Takie same napady gorączkowe powtórzyły się 17-go i 19-go stycznia. Widziałem go wówczas i stwierdziłem lekką niedokrewność; śledziona nie była macalna, przytłumienie wypukowe było od góry nieco powiększone. Podczas mojej wizyty i badania chory nie gorączkował. W moczu nieprawidłowych składników nie było. Od 17-go stycznia zaczęto podawać choremu chininę, poczem w ciągu kilku dni napadów gorączkowych nie zauważono (ciepłota nie była mierzona); chłopiec jednak blado wyglądał, miał łaknienie nieszczególne, był osłabiony i przygnębiony. Około 20-go stycznia wystąpił obrzęk gruczołów chłonnych po stronie prawej, poniżej kąta żuchwy. Obrzęk ten trwał około 10 dni bez żadnych zmian w gardle, lub jamie ustnej. Pojawił się on zresztą w tymże czasie u czworga rodzeństwa małego pacyenta, dzieci od $1^3/_4$—9 lat. 24-go stycznia spostrzeżono po raz pierwszy ciemne zabarwienie moczu, w którym badanie wykazało około $^1/_2{}^0/_{00}$ (Essbach) białka, w osadzie zaś, prócz obfitych moczanów, czerwone ciałka krwi, oraz nieliczne wałeczki, przeważnie z czerwonych ciałek krwi złożone. Jednocześnie wystąpił lekki obrzęk twarzy. Odtąd w stale mniej lub więcej ciemno-zabarwionym moczu, oddawanym w nieco zmniejszonej ilości, znajdowano $^1/_2$—$1^0/_{00}$ białka. Liczba wspomnianych wałeczków w dalszym przebiegu zmniejszyła się; natomiast zjawiło się później więcej wałeczków szklistych i nabłonków nerkowych. 29-go stycznia, wkrótce po ciepłej kąpieli, wystąpiły wyraźne dreszcze, potem silna gorączka, oraz czerwone plamy na ciele, zwłaszcza na dolnej połowie tułowia i dolnych kończynach, a po kilku godzinach obfite poty, wśród których wysypka znikła. We krwi, otrzymanej nazajutrz przez nakłócie palca, wykryto, po dość mozolnem szukaniu, nieliczne pasorzyty zimnicze. Po zwiększeniu dawki chininy do 0,6 dziennie, napady występowały już tylko pod postacią nieregularnych i nieznacznych podniesień ciepłoty; od 3-go lutego zaś chory przestał gorączkować. Jednocześnie i zabarwienie moczu stało się znacznie jaśniejsze, a ilość białka zmniejszyła się tak, że 6-go lutego można było wykazać tylko jego ślad. Natomiast pozostała bladość, osłabienie, oraz lekki obrzęk twarzy. 8-go lutego znowu wybitny napad z dreszczami, gorączką i potami: jeden rano, drugi wieczorem, w nocy wymioty, jednocześnie więcej krwi i białka w moczu. 9-go napadu nie było, w moczu, znowu jaśniejszym, ślad białka. Śledziona wyraźnie macalna. Małego pacyenta, za poradą Dra Hłaska, który od tego dnia objął leczenie, przeniesiono z parterowego mieszkania na pierwsze piętro, jednocześnie obok chininy, którą ciągle zażywał, zaczęto mu dawać błękit metylenowy po 0,06, 2 razy dziennie. Od tego czasu napady już się nie powtórzyły, a mocz badany jeszcze kilkakrotnie, żadnych patologicznych składników nie zawierał.

Skreślona powyżej historya choroby zasługuje na uwagę. Mamy tu z jednej strony nieulegającą najmniejszej wątpliwości zimnicę, najprzód o torze trzeciaczkowym, później o nieregularnym przebiegu, a jednocześnie z nią ostre zapalenie nerek krwotokowe. Że zaś chodzi tu o rzeczywiste, choć lekkie, zapalenie nerek, nie zaś o proste krwawe moczenie i białkomocz, o tem, prócz obrzęku twarzy poucza nas obecność w moczu wałeczków, najprzód złożonych przeważnie z ciałek krwi, potem szklistych, oraz nabłonków nerkowych. Pozostawałoby nam więc jeszcze tylko zastanowić się nad tem, w jakim stosunku stały te dwie choroby do siebie. Otóż, *à priori* wydaje się bardzo prawdopodobnem przypuszczenie, że zakażenie zimnicze było w tym przypadku przyczyną zapalenia nerek. Najprzód mamy bowiem związek czasowy; objawy zapalenia nerek wystąpiły w 9 dni po pierwszym napadzie zimnicy, w czasie, w którym wprawdzie wyraźnych napadów nie było, ale choroba, jak się później pokazało, jeszcze nie wygasła. Następnie z historyi choroby widzimy, że objawy zapalenia nerek w ogóle wzmagały się jednocześnie z nasileniem sprawy zimniczej, traciły zaś na sile wtedy, gdy i ona przycichała. Nareszcie możemy wykluczyć wszystkie inne etyologiczne czynniki.

Nad tym ostatnim punktem swoją drogą musimy się chwilę zastanowić, a to dla tego, że, przy powierzchownem ocenianiu faktów, z tej właśnie strony mogłyby zachodzić pewne wątpliwości, co do etyologicznego stosunku między zakażeniem zimniczem, a zapaleniem nerek w tym przypadku. Chłopiec, wkrótce po wystąpieniu napadów zimnicy, uległ obrzękowi gruczołów chłonnych pod kątem żuchwowym strony prawej, a w kilka dni później miał, co prawda tylko przez parę godzin, osutkę plamistą. Czy wobec tego, wbrew wszystkiemu, co się nam zdawało i zdaje, nie mielibyśmy prawa przypuszczać, że owo zapalenie nerek równie dobrze dałoby się położyć na karb jakiejś innej ostrej choroby zakaźnej, nie rozpoznanej przez nas? — Sądzę, że nie. — Skąd się wzięło opuchnięcie gruczołów, tego rzeczywiście nie umiem sobie wytłumaczyć; cierpiało nań, prócz naszego pacyenta, jeszcze czworo jego rodzeństwa; u wszystkich umiejscowienie było toż same, z tą tylko różnicą, że u jednych występowało ono po prawej, u drugich po lewej stronie; u wszystkich znikło po kilku lub kilkunastu dniach, nie przechodząc w ropienie i nie wywołując żadnego zaburzenia w ogólnym stanie zdrowia, u żadnego też z nich nic podejrzanego tak w gardle, jak i w jamie ustnej nigdy nie zauważono. Z początku

w jednym przypadku, gdzie górny brzeg opuchnięcia wystawał nieco ponad dolny brzeg poziomej gałęzi dolnej szczęki, przez chwilę myślałem o zapaleniu gruczołu przyusznego (parotitis), umiejscowionego w dolnym odcinku tego gruczołu; później jednakże musiałem tego przypuszczenia zaniechać, gdyż najprzód trudnoby sobie wytłómaczyć, dlaczego, wbrew temu, co się zwykle dzieje, zawsze tylko dolny odcinek miałby ulegać zapaleniu, a następnie właśnie u dziecka, dotkniętego zimnicą, dwa obrzmiałe gruczoły, wielkości fasoli, dawały się dokładnie ku górze i ku dołowi odgraniczyć, co prócz mnie, stwierdzili zresztą jeszcze inni koledzy. Błonicy, ani w miejscu zamieszkania chorego, ani też w okolicy, nie było; przytem także uważam za rzecz zgoła nieprawdopodobną, żeby ta straszna choroba, u pięciorga dzieci naraz, mogła przejść zupełnie niepostrzeżenie. Nie pozostaje zatem nic, jak przyjąć fakt do wiadomości, nie kusząc się o jego wyjaśnienie, ale też nie wyciągając zeń żadnych etyologicznych wniosków.

Co się tyczy osutki, to pokazała się ona dopiero w kilka dni po wystąpieniu zapalenia nerek i już z tego powodu sprawa przyczynowego jej znaczenia upaśćby musiała. Zresztą osutki takie widywano niejednokrotnie, właśnie podczas napadów zimniczych. O przeziębieniu, jako czynniku etyologicznym mowy niema, chory bowiem od pierwszego napadu nie opuszczał ciepłego pokoju, a że i zatrucia wszelkie napewno dadzą się wykluczyć, więc jako jedyny, mogący wejść w rachubę, czynnik przyczynowy, pozostaje zakażenie zimnicze. Zatrzymałem się tak długo nad ustaleniem związku przyczynowego między temi dwoma chorobami, dla tego, że w naszym klimacie, w takich okolicznościach, jak wyżej podałem, zdaje się on należeć bądź co bądź do rzadkości.

Henoch powiada, w podręczniku chorób dziecięcych, że tylko b a r d z o r z a d k o mógł stwierdzić rozwinięcie się zapalenia nerek na tle zimniczem, a przypadek, którego historyę przytacza, bardzo jest zresztą podobny do naszego; po za tem zaś, w dostępnej mi, niestety wcale nie obszernej literaturze, znajduję wprawdzie wzmianki o krwawieniu z nerek i chorobie Brighta, przy zakażeniu zimniczem, jednakże w okolicznościach odmiennych, od wyżej opisanej historyi choroby. Mowa tam mianowicie albo o nadzwyczaj ciężkich, śmiercią kończących się postaciach zimnicy, z usposobieniem ogólnem do krwotoków z różnych narządów (febris intermittens haemorrhagica perniciosa), albo też o zimnicy przewlekłej, wywołującej cherę (kacheksyę), której towarzyszą zapalne przewlekłe sprawy nerkowe, miąższowe, lub śródmiąższowe. Podczas ośmioletniej praktyki w okolicach zimniczych, nigdy nic podobnego widzieć mi się nie zdarzyło, ani też słyszeć o tem od kolegów, mających również często z zimnicą do czynienia. Natomiast w gorącej strefie zimnica, wikłająca się z żółtaczką i moczeniem krwawem, o bardzo ciężkim, nieraz śmiertelnym przebiegu, jest cierpieniem dość zwykłem, będącem postrachem Europejczyków w niektórych podzwrotnikowych okolicach, zwłaszcza na wschodniem i zachodniem wybrzeżu Afryki i znana tam jest pod nazwą „Blackwater-fever“, fièvre bilieuse hématurique“, „Schwarzwasser-Fieber“. Według Plehna (Deutsche medic. Wochenschrift, 1895, str. 397) wywołuje ją odrębna postać drobnoustrojów, różniących się od naszych małością, brakiem ziarenek barwika, oraz tem, że bardzo trudno barwią się błękitem metylenowym. Podobne właściwości posiadają też, według wiadomości, zebranych przez W. Dąbrowskiego („Drobnoustroje zimnicy“), pasorzyty zimnicze w niektórych ciężkich przypadkach złośliwej letniej i jesiennej zimnicy w południowej Europie. Wspominam o tem dla tego, że badając mikroskopowo, wspólnie z kol. Minkiewiczem, krew naszego pacyenta, (preparat był utrwalony przez ogrzanie i barwiony sposobem Romanowskiego w mieszaninie wodnego roztworu eozyny z takimże roztworem błękitu), zauważyliśmy w kilku, dających się odnaleźć, plazmodyach prawie zupełną nieobecność ziarnek barwika, oraz słabsze niż zwykle zabarwienie na błękitno. Oczywiście nie mam zgoła zamiaru wyciągania z tego, zapewne czysto przypadkowego zbiegu okoliczności, daleko idących wniosków; nie mogę się wszelako wstrzymać od napomknięcia o nim na tem miejscu.

Łąki na Wołyniu.

V. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

(Ciąg dalszy).

2) Ed. P e r g e n s: **O działaniu światła na siatkówkę.** *(Travaux de laboratoire de l'Institut Solvay II p. 1—38).*

3) G. A b e l s d o r f f: **Oftalmoskopijna dyagnostyka czerwieni wzrokowej.** *(Zeitschrift für Psych. und Physiol. d. Sinnesorg. XIV. 77).*

Pod wpływem światła, jak wiadomo, powstaje w siatkówce nietylko wrażenie świetlne, lecz zachodzą także zmiany innego rodzaju, jako to: zblednienie barwika czerwonego, ruch ziarenek barwikowych w komórkach i prądy elektryczne. Otóż Pergens, oświetlając siatkówkę ryb, bądź to światłem dziennem, bądź też barwami widmowemi, spostrzegał jeszcze, prócz powyżej wymienionych zmian, skurcz pręcików i czopków, utratę istoty chromatynowej i zmniejszenie się ilościowe nukleiny w komórkach.

Badania te, zgodne z spostrzeżeniami L o d a t y i D o r a, stanowią interesujący przyczynek fizyologiczny; dla okulistów zaś, z pracy Pergensa to chyba jest rzeczą ciekawą, iż zmiany barwikowe odbywają się równomiernie i równorzędnie w oku zasłoniętem, podczas oświetlania oka drugiego, co się jednak nie odnosi do zmniejszenia się nukleiny; również podkreślenia godnym jest fakt, że wędrówka ziarenek barwikowych najniewyraźniejszą jest przy oświetlaniu barwą czerwoną, podczas gdy przeciwnie zmiany nukleiny są najwybitniejsze pod wpływem światła czerwonego, a najmniejsze pod wpływem światła żółtawo-zielonego. Wyłącznie tylko na zmiany czerwieni wzrokowej, pod wpływem oświetlenia siatkówki, zwrócił uwagę Abelsdorff w swej pracy; piękne czerwone zabarwienie $^{2}/_{3}$ górnych części dna oka u leszczów i jazgarzy odpowiadało właśnie, zgodnie z zapatrywaniami okulistów, tej części siatkówki, która jest zaopatrzona w makat naczyniówki (tapetum). W końcu niech wolno będzie nadmienić, w czasach, w których każdy szuka z dziwną skwapliwością wpływów szkodliwych promieni Röntgena na różne części ustroju, iż takowe na siatkówkę żadnego nie wywierają wpływu. *Dr. Zanietowski.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Prof. Dr. S t e t t e r (Królewiec): **Die angeborenen u. erworbenen Missbildungen des Ohres.** *(Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie.* Wydane przez Doc. Dra Hanga w Monachium. G. Fischer. Jena. Tom II. Zesz. IX.)

Z podanego na wstępie krótkiego szkicu rozwoju narządu słuchowego wynika, że potworności tego narządu powstają po części w najwcześniejszym okresie rozwoju płodowego; przyczyna ich zatem leży w nieprawidłowym zawiązku zarodka i tem się tłómaczy dziedziczność tych spraw; po części zaś występują później, a nawet po urodzeniu, spowodowane przez czynniki zewnętrzne, tamujące prawidłowy tok rozwoju. Prócz dziedziczności i wad rozwojowych potworności wrodzone mogą pochodzić z odziedziczonej kiły, gruźlicy i różnych chorób usznych, przebytych podczas życia płodowego. Opracowanie naukowe potworności ucha i zniekształtnień jego, powstałych na tle chorób przebytych, tudzież zabiegów leczniczych, podejmowanych dla ich usunię-

cia, jest bez zarzutu. Po szczegóły musimy odesłać czytelnika do oryginału.

Narzuca się jednak wątpliwość, czy temat ten należy rzeczywiście do tych, które według zadania „Wykładów“, „zu jeder Zeit für den Allgemein praktiker von absoluter Bedeutung sind“. Wypada jednać przyznać, że zawarte w tej pracy szczegóły są zajmujące i wielce pouczające.

Spira.

Dr. L. Blau (w Berlinie): **Bericht über die Leistungen in der Ohrenheilkunde während der Jahre 1895 und 1896.** (Otto Wigand, Lipsk, 1898).

W roku 1896 podaliśmy w *Przeglądzie lekarskim* ocenę pracy tego samego autora, podobnej treści, tyczącej się postępu nauki otyatrycznej w latach 1893 i 1894. Nowsza książeczka ma te same zalety, co jej poprzedniczka i odznacza się szczególnie dokładnem i wyczerpującem przytoczeniem literatury międzynarodowej z tej dziedziny i z tego okresu. Znajdujemy tam rzeczowe i jasne streszczenia wszystkich ważniejszych prac. Piśmiennictwo lekarskie wzmogło się w ostatnich latach do takiego ogromu, że dla pojedyńczego pracownika naukowego i badacza jest to nadzwyczaj trudną rzeczą poznać wszystkie publikacye, nawet w ograniczonym zawodzie specyalisty. Nie ulega zatem żadnej wątpliwości, że mozolna ta praca, o której mówimy, czyni zadość rzeczywistej potrzebie lekarzy i zasługuje na wielkie uznanie.

Jednej jednak usterki nie wolno nam przemilczeć: Prac polskich, o ile nie zostały ogłoszone także i w obcych językach, autor wcale nie uwzględnił. Tak n. p. w rozdziale o głuchoniemocie, o głuchocie psychicznej i jej leczeniu, nie znajdujemy żadnej wzmianki o uczonym polskim, właśnie na tem polu swojemi pracami płodnemi tak zasłużonym, jak Dr. Ołtuszewski. Pominięcie podobnych publikacyj wyszło samemu dziełu tylko na szkodę. Polecamy zatem na przyszłość dzielnemu i tak zwykle sumiennemu autorowi, aby lukę tę wypełnił, posługując się bodaj niemieckimi wyciągami z *Archiwu Virchova* i innych podobnych publikacyj. Przez takie uzupełnienie przyszłe „Berichte“ tylko zyskają na dokładności, a tem samem i na wartości. *Spira.*

VI. Wyciągi.

Babes: **Leczenie wścieklizny wstrzykiwaniami prawidłowej istoty mózgowej.** (*La médecine moderne*, Nr. 34). W r. 1889 zauważył Babes, że osoby, cierpiące na niedomogę nerwową, zadumę i padaczkę, gdy ulegną leczeniu pasteurowskiemu przeciw wściekliźnie, wyleczają się, przynajmniej częściowo, i z wyżej wymienionych chorób. Opierając się na tem spostrzeżeniu postanowił Babes leczyć padaczkowych, melancholików itd. wstrzykiwaniami istoty mózgowej, zwłaszcza wziętej z opuszki rdzenia pacierzowego królika i owcy. Badacz ten stwierdził, że substancya przeciwściekliźniana u uodpornionego psa znajduje się tylko w jego krwi i układzie nerwowym, zwłaszcza w cieczy mózgowordzeniowej. Tak jak zostało udowodnionem, że jad tężcowy zwraca się do tych samych komórek nerwowych, które posiadają własność wydzielania istoty przeciwtężcowej, tak należało również przypuszczać, że komórka nerwowa, posiadając tak ważną czynność, musi być obdarzoną zdolnością przeciwdziałania na bezpośredni wpływ jadu wścieklizny. Rozumowanie takie doprowadza do wniosku, że prawidłowa komórka nerwowa posiada lub wydziela pewną substancyę, która, w pewnej mierze, może oprzeć się zakażeniu wścieklizną.

Babes usiłował się przekonać, czy substancya nerwową może zobojętnić *in vitro* jad wścieklizny: gdy jednak jedna część krwi, z psa silnie uodpornionego, zobojętnia 50 części jadu, to jedna część istoty opuszki rdzenia pacierzowego z owcy lub królika nie jest w stanie zobojętnić ani jednej części jadu (*in vitro*); używając jednak większą ilość istoty nerwowej, zwłaszcza, gdy jad, który ma ona zobojętnić, nie będzie zbyt silny, otrzymujemy wyniki korzystne, które upoważniają do przypuszczenia, że na tej drodze dojdzie się do wykazania leczniczego lub zapobiegawczego działania istoty nerwowej na jad wścieklizny.

Szczepiąc, drogą trepanacyi, 4 psom, dwudniowy jad wścieklizny z królika i lecząc 3 z nich codziennem wstrzykiwaniem 5 gramów zawiesiny z prawidłowej opuszki rdz. pac. owcy, stwierdził Babes, że pies świadek zginął z wścieklizny już dnia piętnastego, z trzech zaś leczonych, jeden przestał żyć dnia dwudziestego, również z wścieklizny, a inne dwa zostały przy życiu.

Te mniej zadawalniające wyniki zmieniły się korzystnie, gdy Babes rozpoczął wstrzykiwania 3 dni przed zakażeniem psów podczaszkowem: do doświadczeń znowu użył 4 psy, t. j. na 3 stósował tę zmodyfikowaną metodę, a 4-ty był tylko na świadka; ten ostatni wściekł się i zdechł 12-go dnia, 3 zaś zostały zupełnie zdrowe; a ponieważ od czasu tych doświadczeń upłynęło 2 miesiące, uważa Babes ten wynik za rozstrzygający.

Dalsze doświadczenia są w toku: podając sposobem tymczasowym ich wyniki, pragnie Babes zwrócić już dziś uwagę badaczy na fakt, że wściekliznę można skutecznie leczyć wstrzykiwaniami prawidłowej istoty nerwowej, otrzymanej z opuszki rdzenia pacierzowego nieuodpornianych przedtem owiec. Według Babesa, badania jego stwierdziły, że substancya, zawarta w opuszce rdz. pac., która przeciwdziała zakażeniu tężcowemu, a jak się okazało i wściekliźnianemu, posiada siłę działania przeciw wpływowi i innych jadów, niektórych alkaloidów itd., tak, że nauka zdobywa nowy czynnik do zwalczania różnych chorób nerwowych, powstałych na tle zatrucia lub zakażenia. *Kw.*

Guinon L.: **Podział zapaleń jelita grubego u dzieci.** (*Revue mensuelle des malad. de l'enfance*, marzec, 1898). Im lepiej poznajemy choroby przewodu pokarmowego, tem ściślej możemy, na podstawie badania klinicznego, oznaczyć, która jego część uległa schorzeniu. Najmniej wprawdzie udać się nam to może u dzieci, bo u nich cały przewód pokarmowy jest, ze względu na choroby, prawie nierozerwalną jednostką — (u osesków wogóle nie znamy innych spraw, tylko te, które zajmują jednocześnie żołądek i jelita); jednakże u dzieci starszych najczęściej przeważają te lub owe objawy i pozwalają na odgraniczenie pewnych postaci. Stosunkowo dosyć często przebiegają zapalenia jelita grubego wśród takich cechujących objawów, że na tej podstawie możemy je nietylko wydzielić jako osobną gromadę, ale nawet pokusić się o rozróżnianie pewnych postaci w tej zbiorowej jednostce.

Etyologia tych spraw jest taką, jak we wszystkich chorobach przewodu pokarmowego; najczęściej błąd dyetetyczny jest przyczyną rozwinięcia się cierpienia; mogą tu mieć wpływ ujemny także podrażnienia od strony odbytnicy (lewatywy), nieobojętnem jest również dziedziczne usposobienie, wrodzona długość krezki. Klinicznie odróżnić nam należy w jelicie grubem sprawy chorobowe ostre i przewłoczne.

Postać ostra może być a) ciężka, objawiająca się początkowo wymiotami i biegunką, później stolcami śluzowymi, znacznymi bólami, osłabieniem, zblednieniem, gorączką, czasem drgawkami; b) łagodna, gdzie po kilkodniowem rozwolnieniu, z obfitą ilością śluzu w stolcu, bez gorączki, bez objawów ogólnych, nastaje wnet poprawa; c) ograniczona — zająć może n. p. okolicę kiszki ślepej, a wtedy wywołuje objawy podobne do zapalenia wyrostka robaczkowego, lub okolicę zagięcia esowatego, wówczas stwierdzamy bolesność i opór w lewej zatoce biodrowej; d) czerwonkowa: objawy prawie jak w czerwonce; stolce początkowo śluzowe, później krwawe, parcie, bóle, gorączka.

Częstsze niżby się sądziło, są zmiany przewłoczne w jelicie grubem. Dzieci tem cierpieniem dotknięte zwykle blade, chude, skłonne do zaziębień, wejrzeniem podobne do

dzieci gruźliczych. Objawy są rozmaite: w jednych przypadkach występują częste bóle, w innych na pierwszy plan występuje tak znaczne zaparcie stolca, że dziecko nigdy nie oddaje stolca o własnej mocy; przy oddawaniu stolca występują ślady krwi, a kał przybiera postać zbitych kul. U niektórych chorych stwierdza się naprzemian, po kilkudniowem zaparciu — rozwolnienie. Z powikłań najczęstsze są zmiany na skórze, jako to: rumień, wyprysk, a najczęściej świerzbiączka (prurigo); rzadziej spotykają się objawy nerwowe, jak również zapalenie pęcherza (colicystitis Escherich).

Doc. Raczyński.

Karol Roser: **Ochraniacz jelit** (Der Darmschirm). *(Centralblatt für Chirurgie,* Nr. 11, r. 1898). Pod powyższą nazwą podaje autor nowy przyrząd, którego zadaniem jest odsłonięcie pola operacyjnego przy zabiegach wykonywanych w jamie brzusznej. Przyrząd składa się z eliptycznego pierścienia, wygiętego siodłowato, długości 25, szerokości 10 ctm., zbudowanego ze sprężystego stalowego drutu, mającego 2 mm. grubości i obciągniętego trykotem. Sposób użycia jest następujący: Przy zabiegach operacyjnych, wykonywanych n. p. w jamie miednicy małej, po odsunięciu trzewiów brzusznych ku górze, wprowadza się do jamy brzusznej najpierw jedno ramię przyrządu, następnie zaś cały przyrząd, poprzednio wyjałowiony i zwilżony słabym rozczynem sublimatu lub soli kuchennej. Mocą swej sprężystości opiera się przyrząd o wewnętrzną powierzchnię ścian jamy brzusznej i nie pozwala jelitom opaść ku dołowi, działa zatem jak sztuczna przepona i zastępuje ręce asystenta zajęte przytrzymywaniem jelit, a nadto rozwiera brzegi rany. Autor sądzi, że stosując opisany przyrząd, można uniknąć układania chorej z podniesioną miednicą (ułożenie Trendelenburga), które, jego zdaniem, ma swoje niedogodności, a mianowicie utrudnia samo wykonywanie zabiegu, jakoteż narkotyzowanie chorego. W podobny sposób odsłania R. dolny brzeg wątroby przy operacyach, dokonywanych na pęcherzyku żółciowym. Przyrząd ten daje się użyć jako szeroki hak tępy, jeżeli posłużymy się tylko jednem jego ramieniem. Jeżeliby, po założeniu całego przyrządu, brzegi jego zbyt mocno uciskały ściany jamy brzusznej, można podłożyć, w miejscu ucisku, kompresik mulowy, lub też obciągnąć drut kauczukiem. Pierścienie stalowe z kauczukiem, lub bez, wykonuje wyłącznie firma „Medicinisch-polytechnische Union“ w Berlinie „Ziegelstrasse, Nr. 3“, po cenie 60 fenigów do 1 marki za sztukę.

Dr. Piotrowski.

Gałęzowski: **Krwotokowe zapalenie siatkówki (Retinitis haemorrhagica) w przebiegu kiły i dny.** *(Recueil d'ophtalm.,* 1898, Nr. 3). U osób dotkniętych kiłą lub dną występują bardzo często zapalenia siatkówki z krwotokami już to na jednem oku, ograniczając się wtedy zazwyczaj do pewnej tylko okolicy dna oka, już też na obu oczach. W tym ostatnim przypadku wynaczynienia, rozsiane przeważnie wzdłuż naczyń siatkówkowych, przedstawiają plamy czerwone, kształtu okrągłego lub podłużnego, obok których znachodzą się często drobniejsze, białawe plamy wypocinowe. Ponieważ przytem, zwłaszcza w początkowych okresach choroby, naczynia włosowate zmianom nie ulegają, przeto nader często sama plamka żółta nie okazuje żadnych zboczeń, podczas gdy reszta siatkówki jest dotkniętą. Działając od początku przeciwko podstawowej przyczynie energicznie odpowiednimi środkami, osiąga się częściej niżby myśleć można całkowite wessanie krwi i przywrócenie prawidłowego wzroku. Ogólne przyczyny krwotoków w siatkówce są nader liczne; za najczęstszą uważane bywają białkomocz i cukrzyca; lecz nie należy zapominać, że przyczyną też może być i inna skaza ustrojowa, a przedewszystkiem kiła lub dna, albo obie razem, podczas gdy obecność białka lub cukru w moczu może być tylko przypadkową, z zapaleniem siatkówki nie mającą żadnego związku. Jak ważnem, ze względu na rokowanie i leczenie, jest w takim razie rozpoznanie istotnej przyczyny, dowodzi przypadek, który Gałęzowski niedawno miał w leczeniu. U mężczyzny 54-letniego wystąpiło zapalenie siatkówki z krwotokami na obu oczach. Ponieważ lekarz, do którego się chory poprzednio zgłosił, na podstawie znalezionego w moczu białka, uznał zapalenie to za „retinitis albuminurica“, leczył go odpowiednio do swego rozpoznania przez kilka miesięcy bez najmniejszego skutku. Gałęzowski, zbadawszy chorego i znalazłszy, oprócz śladu białka, wybitne cechy skazy dnawej i, według wywiadów, przebytą przed 19 laty kiłę, od dawna już nie wywołującą żadnych objawów, orzekł, że to są właśnie dwie przyczyny krwotokowego zapalenia siatkówki. Leczenie zupełnie odmienne, a polegające na wcieraniach maści szarej i zażywaniu salicylanu sodowego i litowego, obok suchych baniek, stawianych wzdłuż pleców i poniżej okolicy nerek, oraz zapuszczaniu pilokarpiny do oczów, doprowadziło do zupełnego wyleczenia i wessania wszystkich wynaczynień w siatkówce, oprócz jednej maleńkiej pozostałej w najbliższem sąsiedztwie tarczy n. wzrokowego.

Przypadek ten jest interesującym ze względu na przyczynę choroby, którą była najwidoczniej dna i zastarzała kiła, od lat kilkunastu nieobjawiająca się wcale na zewnątrz, a także dla tego, że białkomocz, będący tak często powodem zapaleń siatkówki, odgrywał tu rolę całkiem uboczną i wprowadził w błąd lekarza, który poprzednio leczył chorego.

Dr. Langie.

Knoepfelmacher: **Trawienie mleka krowiego i żywienie osesków.** *(Wien. klin. Woch.,* 1898, Nr. 4). Mleko kobiece zawiera według nowszych badań około 1% białka, 4% tłuszczu, 7% cukru mlecznego i 0,2% soli. Mleko krowie zawiera 3 razy więcej istót białkowatych i soli, nieco mniej tłuszczu, znacznie mniej cukru mlecznego. Ażeby te różnice wyrównać, trzeba przedewszystkiem mleko krowie odpowiednio rozcieńczyć, przezco zrówna się ilość białka i soli, wzbogacić rozcieńczone mleko co do tłuszczu, a to da się osiągnąć przez zastósowanie centryfugi i dodać cukru mlecznego. Na tej zasadzie powstało mleko Gärtnerowskie, które w sztucznem karmieniu osesków stanowi niewątpliwie krok naprzód.

Myliłby się jednak ten, ktoby sądził, że zagadnienie jest już w zupełności rozwiązanem. Przedewszystkiem pomiędzy ciałami białkowatemi mleka kobiecego, a krowiego zachodzi znaczna różnica. W mleku kobiecem przypada z białka 2/5 na białko właściwe, czyli albuminę, a 3/5 na sernik (ilość globuliny jest nieznaczną); w mleku krowiem tylko 1/7 na albuminę, a 6/7 na sernik. Ilość sernika w mleku krowiem jest więc przeszło 4 razy większą, a ma to wielkie znaczenie, gdyż on to właśnie, podany w zbyt wielkiem zgęszczeniu, w jakiem znajduje się w mleku krowiem, mało, lub (wcale nierozcieńczonem, obciąża żołądek niemowlęcia i staje się przyczyną niedomogi trawiennej. Sernik bowiem ścina się w żołądku pod wpływem podpuszczki, względnie kwasów i następnie dopiero podlega zawiłemu procesowi rozpuszczania, podczas gdy albumina ulega wessaniu w żołądku i jelitach bez takich głębokich przemian.

Ale na tem nie koniec, gdyż sam sernik krowi różni się, co do swej istoty, od sernika kobiecego. Po pierwsze, zawiera on w swym składzie o wiele więcej wapna, co utrudnia w żołądku wystąpienie wolnego kwasu solnego, a ten nietyle jest ważny ze względu na trawienie pepsynowe, schodzące u osesków na drugi plan, ile ze względu na własności przeciwgnilne tak, że jego brak może być przyczyną nieprawidłowego rozkładu treści żołądkowej. Powtóre sernik krowi tak w doświadczeniu probówkowem, jak i w przewodzie pokarmowym oseska, nie ulega strawieniu w całości, przeciwnie pozostaje niestrawioną pewna reszta, jak ją Biedert nazywa „szkodliwa reszta“ pokarmowa, która drażni błonę śluzową przewodu pokarmowego nadzwyczaj czułą u oseska, a może nawet stanowi podłoże do zagnieżdżenia się drobnoustrojów.

Już Biedert starał się wykazać sernik w stolcach oseska, karmionego sztucznie i sądził, że mu się to udało, gdy znalazł tam ciała białkowate, nierozpuszczalne w wodzie, rozczynach solnych i rozcieńczonych kwasach, a rozpuszczalne

w alkaliach. Tymczasem tak samo zachowują się nukleiny, przechodzące do stolców ze ściany przewodu pokarmowego wraz z sokami trawiennymi i znachodzące się także w stolcach dzieci przy piersi.

Autor obrał zatem w swych poszukiwaniach inną drogę. Wyszedł on z założenia, że sernik i jego przetwory pochodne są ciałami bogatymi w fosfor. W serniku stosunek fosforu do azotu wynosi 1:18,4. Chodziło więc o oznaczenie, jak się ten stosunek zachowuje w stolcach wśród rozmaitych okoliczności. Otóż w smółce wynosi on 1:260, takim samym musi być zatem w wydzielinach przewodu pokarmowego, o ile one składają się na wytworzenie stolca. Podobny stosunek można stwierdzić także u oseska karmionego piersią, co może posłużyć za dowód, że sernik kobiecy zostaje rzeczywiście w zupełności strawionym. Przeciwnie u dziecka karmionego mlekiem krowiem stosunek ten wzrasta do 1:16,4 jest więc wyższy, niż w samym serniku, bo też sernik, o ile nie zostaje strawiony, przedostaje się do stolców nie jako taki, lecz jako nukleina, w której P: N = 1:5; z drugiej strony zaś znachodzą się w stolcach inne ciała, zawierające azot, a nie zawierające fosforu.

Z badań tych wynika, 1) że przynajmniej jeden przetwór pochodny sernika krowiego przechodzi do stolców niestrawiony; 2) że dziecko sztucznie żywione traci tą drogą znaczną ilość fosforu, związanego organicznie (około 8—12%) fosforu sernikowego).

Jeżeli się zważy, że w stolcach dziecka sztucznie karmionego także ilość azotu jest większa, że wydaje ono 2—5 razy więcej stolca, to wyniknie z tego, że traci ono 40—120 razy więcej fosforu organicznie związanego, aniżeli dziecko przy piersi. Ta utrata ma niezawodnie wielkie znaczenie, gdyż szybko wzrastający ustrój oseska potrzebuje dużo fosforu, przy budowie swych tkanin, a nie ulega wątpliwości, że ustrój zwierzęcy nie jest w stanie z nieorganicznych połączeń fosforu wytworzyć organiczne. Źródłem fosforu organicznie związanego jest w mleku sernik, lecytyna i nie dawno wykryty nukleon, rodzaj kwasu mięsnego. Mleko kobiece zawiera ten fosfor głównie jako lecytynę i nukleon, a na sernikowy fosfor przypada w niem tylko $^1/_4$ część. Przeciwnie pod tym względem zachowuje się mleko krowie, które lecytyny i nukleonu zawiera prawie o połowę mniej, niż kobiece; tu znajdujemy fosfor organicznie związany przedewszystkiem pod postacią sernika. Jeżeli sobie w końcu uprzytomnimy jeszcze, że według Bungego sernik jest jedynym składnikiem mleka, zawierającym żelazo, to wtedy dopiero przedstawią nam się w całej pełni trudności, jakie napotykamy w usiłowaniach upodobnienia mleka krowiego do kobiecego. Jeżelibyśmy chcieli podawać dziecku tyle fosforu, ile ma w mleku matki, to ilość sernika musiałaby być 3 razy większą, a na to trudno się zgodzić ze względu na niebezpieczeństwo niedomogi trawiennej. Jeżeli przeciwnie rozcieńczymy mleko krowie tak, aby co do ilości sernika zrównało się z mlekiem kobiecem, to dziecku zagraża niedostatek fosforu organicznie związanego i żelaza. Stosunki te tłómaczą najlepiej, dlaczego wiele dzieci sztucznie karmionych popada w ciężką niedokrewność i krzywicę bez przyczynienia się do tego jakichkolwiek poważniejszych zaburzeń żołądkowo-jelitowych. Mleko Gärtnerowskie stanowi postęp, i tu braku fosforu nie odczuwa się tak bardzo, bo do jego wyrobu mleko krowie rozcieńcza się tylko do połowy, a przez pomnożenie ilości tłuszczu zwiększa się także zawartość lecytyny; ale i ono, z powodu znacznej ilości sernika, może być źle znoszone.

Autor radzi zatem przyrządzać pokarm dla osesków w sposób następujący: Mleko należy rozcieńczyć 3 częściami wody, aby ilość sernika wynosiła 0,7%, przez centryfugowanie wynagrodzić ubytek tłuszczu (do 4%), dodać 55 grm. cukru mlecznego na litr, a wreszcie uzupełnić ilość albuminy, lecytyny i żelaza przez dodanie na 1 l. mięszaniny jednego jaja kurzego (białka i żółtka). *Lewkowicz.*

Rimini: **O wskazaniach do trepanacyi wyrostka sutkowego.** *(Berl. klin. Woch.* 1898., Nr. 11). W przeważnej liczbie przypadków stwierdzamy, w razie zapalenia ropnego ucha środkowego, bolesność przy ucisku na wyrostek sutkowy, obok braku objawów zapalnych w skórze Politzer jest nawet zdania, że wskutek anatomicznej budowy (błona śluzowa jamy bębenkowej przechodzi bowiem na *antrum* i *cellulae mast.*) zawsze przy zapaleniu ropnem ucha środkowego komórki wyrostka sutkowego bywają zajęte; jednak dla powstania ropnia potrzeba pewnych szczególniejszych warunków. W tych przypadkach leczenie przeciwzapalne wystarcza. Wobec wyraźnych objawów ropnia (samoistne bóle, obrzęk, odstawanie muszli usznej, ból głowy, gorączka, dreszcze) jedynie o chirurgicznym zabiegu myśleć można. Bezold zbija zdanie, aby przyczyną ropnia miało być zatkanie kanalików, łączących jamę z komórkami wyr. sutkowego, a obwinia głównie zbyt małe przedziurawienie bębenka, rzadziej tylko wązką komunikacyę pomiędzy jamą a komórkami. Politzer sądzi, że ropnie w komórkach w. sutk. nie komunikują z antrum wcale.

Przypadek taki niedawno autor obserwował. Do pomyłki rozpoznawczej przyczynić się może zapalenie okostnej wyrostka sutkowego, wskutek zapalenia ucha zewnętrznego, lecz ustępowanie szybkie objawów, przy leczeniu przeciwzapalnem, sprawę rozwiązuje. Trudnem jest położenie wobec ukrytych ropni, niedających wyraźnych objawów. Poruszyć tu należy sprawę odmiennej budowy wyrostka sutkowego. Rozróżniamy 3 wzory: *prac. mast. pneumaticus*, *diploeticus* i trzeci wzór pośredni. W pierwszym przypadku jest budowa grubogąbczasta. Usposabia ona do powstania ropnia, lecz ten łatwo przebija się przez cienką blaszkę na zewnątrz i daje charakterystyczne objawy. Gorzej ma się rzecz w drugim wzorze: tu gruba warstwa kostna oddziela części miękkie od istoty drobnogąbczastej, a ten szczegół tłómaczy łatwo brak zewnętrznych objawów w razie ropnia i zatarcie obrazu chorobowego. Wtedy ważniejszym objawem pomocniczym jest zachowanie się wypływu z ucha. W zwykłym przypadku ostrego zapalenia ucha środkowego wypływ, z początku obfity, ustaje powoli i znika po 4—5 tygodniach, a tylko w razie gruźlicy, cukrzycy lub kiły trwa dłużej. Jeżeli zaś mamy długotrwały wypływ, a równocześnie wykluczyć możemy wspomniane choroby ogólne, to myśl o obecności ukrytego ropnia nabiera prawdopodobieństwa.

W następstwie przewlekłego zapalenia jamy bębenkowej rozwija się niekiedy tak zw. żółciołojak (cholesteatoma). Wbrew ogólnie przyjętej etyologii, że nowotwór ten powstaje przez wnikanie przybłonka ucha zewnętrznego do jamy bębenkowej, przyjmuje Virchow samodzielne jego powstanie. Jama (antrum) jest uprzywilejowaną siedzibą dla żółciołojaka. Obecność jego zdradza niekiedy obraz wziernikowy, jeżeli część nowotworu sięga do jamy bębenkowej, w innych razach odchodzą czasem, przy przepłókiwaniu ucha, okruchy, złożone z nagromadzonych przybłonków. Działanie szkodliwe polega na ucisku mechanicznym, zwiększającym się w miarę wzrastania guza i prowadzącym do ubytku w kości, oraz na obecności mnóstwa drobnoustrojów w nowotworze. W ten sposób prowadzić on może do objawów mózgowych lub ropnicy i spowodować wskazanie bezwzględne do trepanacyi. W razie przebicia się i utworzenia przetoki na zewnątrz istnieje tylko względne wskazanie do operacyi.

Poważne trudności rozpoznawcze i, co zatem idzie, brak dokładnego wskazania leczniczego, spotyka się wyjątkowo w przypadkach obustronnego ropienia przewlekłego w uchu środkowem, obok którego występują niewyraźne i niedające się umiejscowić objawy powstającego ropnia, jak n. p. rozlany ból głowy. Ani czas trwania wypływu, ani obraz wziernikowy nie mogą wtedy dostarczyć wskazówek dostatecznych.

W końcu, nawet w razie jednostronnego zapalenia przewlekłego w uchu środkowem, trudno niekiedy wytłómaczyć sobie jasno przyczynę bólu głowy, gdyż może go zarówno wywołać obecność ropnia jak i neuralgia, spowodowana próchnieniem zęba. Niekiedy wyjęcie zęba zagadkę rozwiązuje.

Na szczęście rzadko przychodzi nam walczyć z większemi trudnościami, należy jednak być świadomym ich istnienia. *Dr. B. Wojciechowski.*

W. Bechtierew: **O znaczeniu środków sercowych w leczeniu padaczki.** *(Neurolog. Centralblatt* R. XVII, Z. 7). Ogłoszone poprzednio własne spostrzeżenia o działaniu środków sercowych w połączeniu z solami bromowemi w padaczce potwierdza obecnie autor dalszem nabytem doświadczeniem. W bardzo ciężkich przypadkach padaczki, gdzie same przetwory bromowe żadnego polepszenia nie sprowadzały, łączenie soli bromowych z gorzykwiatem wiosennym (Adonis vernalis), czasem z naparstnicą, doskonałe dawało wyniki. Autor twierdzi, że podawał gorzykwiat wiosenny w połączeniu z bromem przez szereg lat bez przerwy i nie spostrzegał następstw szkodliwych. W rzadkich przypadkach biegunki, która się czasem przy podawaniu gorzykwiatu wiosennego pojawiała, dodawał kodeinę. W razach zaś takich, w których chorzy nie znosili gorzykwiatu w., mimo równoczesnego podawania kodeiny, uciekał się on do łączenia przetworów bromowych z naparstnicą, co w pewnych przypadkach dawało jeszcze lepsze wyniki:

Autor podaje: *Inf. Adon. vernal. 2,0—2,8 : 180,0*
Kali bromat. 12,0
S. 6 łyżek dziennie;
lub też *Inf. Digit. 0,5—0,75 : 180,0*
Natri bromati
Kali bromati aa 6,0—8,0
Codein. 0,15—0,2
S. 4—8 łyżek dziennie.

Co do innych środków sercowych, brak autorowi jeszcze liczniejszych spostrzeżeń, uważa on jednak regulujący wpływ środków tych na czynność serca, jako jeden z głównych czynników leczniczych. Dalszym czynnikiem są ich własności moczopędne, wreszcie wpływ, jaki wywierają na układ naczyniowo-ruchowy. *Kwiatkowski.*

Zaleski Karol: **Kilka uwag o zgorzeli płuc.** *(Gazeta lekarska,* 1898, Nr. 4). Autor obrobił 24 przypadki zgorzeli płuc, spostrzegane w szpitalu Dzieciątka Jezus, z których 20 było czystej zgorzeli niepowikłanej. Zestawienie statystyczne brzmi jak następuje: 45% zejście śmiertelne, 25% wyzdrowienie, 25% polepszenie, 5% bez poprawy.

Wnioski z rozważenia owych przypadków są:

1. Jeżeli zgorzel jest pochodzenia urazowego, to rokowanie lepsze, choroba trwa krócej. 2. W raku przełyku rozpoznanie przedstawia wielkie trudności. 3. W każdym przypadku zwracać należy uwagę na zajęcie chorego, a wówczas przyczynoznawstwo (etyologia) rozjaśni się więcej. Autor podnosi działanie gazów żrących w zakładach przemysłowych, pomijane zazwyczaj milczeniem w podręcznikach, a wskutek którego widział przypadki zgorzeli płuc. 4. Cząstek zgorzelinowych szukać należy nie w miale plwociny, ale w ropie górnej warstwy, bo tam owinięte w plwocinę, wolne od resztek pokarmów zachowują się najlepiej. 5. Rokowanie lepsze, gdy cząstki zgorzelinowe duże, a włókna sprężyste wyraźne. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

O. Werler używa z dobrym skutkiem zamiast olejku santałowego, salosantal — połączenie olejku santałowego z salolem, które przechodzi do moczu, rozkładając się na kwas salicylowy, fenol i olejek santałowy. Podawać go można w kapsułkach lub nawet w kroplach, gdyż smak ma wcale przyjemny. („Deutsche med. Woch.", 14). F. K.

Do znieczulenia miejsc liszajem żrącym zajętych poleca Unna (Mon. f. prakt. Derm. 1898. Nr. 5) przed przyżeganiem używać proszek następujący: Rp. Cocain. mur. 0,5—1,0 Magn. carb. 10,0; stosować go należy na zwilżonej wacie i przytrzymać na skórze 10 do 15 minut. Przy świerzbiączce zaś, wypryskach i wogóle zmianach, sprawiających swędzenie skóry, używa U. do nacierania czystej kokainy w różnych postaciach: Rp.: Cocain. puri 1,0—2,0 Spir. vini 50,0 Collod. 1,0; — lub też Rp.: C. p. 1,0 Sapon. unguin. 50,0; — Rp. C. p. 1,0 Ol. amygdal. 50,0. F. K.

Rosenbaum z Tyflisu stósował naftalan (patrz „Przegląd lek." Nr. 14 br. str. 170) z bardzo dobrym skutkiem w przypadkach zgorzeli i odmrożeń i stwierdza, że przetwór ten daje dobre wyniki w chorobach skórnych wogóle, gdyż obok własności przeciwgnilnych działa przeciwzapalnie i szybko uśmierza bóle. (Deut. m. Woch. 1798. 14). F. K.

Jest szereg leków, których nie należy zapisywać w torebkach opłatkowych. Można je podzielić na trzy gromady: do pierwszej należą przetwory rozpływające się wskutek pochłaniania wilgoci z powietrza (ciała higroskopijne); do drugiej te, które po zmięszaniu, wskutek wzajemnego na siebie oddziaływania, rozpływają się; trzecią gromadę stanowią przetwory, któro, pod wpływem tlenu powietrza, wytwarzają plamiący opłatki barwik. Do pierwszej gromady zaliczyć należy kwaśne fosforany, bromek potasowy, krystaliczny chlorek wapniowy, chlorek strontowy, cytrynian amonowo-żelezisty, winian sodowo-żelezisty, piperazynę, lecydynę, chloral, suche wyciągi roślinne i wogóle przetwory w próżni wysuszone, jak peptony i wyciągi z narządów zwierzęcych. Drugą gromadę stanowią przetwory w powietrzu nierozkładające się, lecz tworzące mięszaniny higroskopijne, jak n. p. mięszanina antypiryny z kwaśnym salicylanem sodowym. Do gromady trzeciej należą jodki alkaliczne i alkaliczno-żeleziste.

Mając podstawę do przypuszczenia, że zapisana mięszanina będzie higroskopijną, należy dodać do niej nieco proszku kory chinowej, („Les nouveaux remèdes, styczeń, 1898). Kw.

VIII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo psychyatrów i neurologów w Wiedniu.

Posiedzenie z dnia 19 kwietnia 1898 r.
Przewodniczący Prof. Krafft-Ebing.

I. Doc. Dr. Redlich przedstawił preparaty drobnowidowe.

1) Stwardnienie prosówkowe (miliare Sclerose) kory mózgowej w przypadku zaniku starczego.

Preparaty pochodzą z przypadku, w którym sekcya wykazała ogólny zanik mózgu bez ognisk rozmiękczynowych. Za życia chory przedstawiał obraz zniedołężnienia umysłowego, połączonego z zaburzeniami mowy i napadami padaczkowymi.

Badanie drobnowidowe wykazało, oprócz zmian, odpowiadających zanikowi starczemu, mnóstwo zbitych ognisk w korze mózgowej, niewidzialnych gołem okiem, które prelegent nazwał stwardnieniem prosówkowem. Tworzenie się tych ognisk Redlich tłómaczy bujaniem tkanki glejakowatej, w której następnie przychodzi do zwyrodnień. Te zmiany, zarówno jak i sprawy zanikowe, były najwybitniejsze w płacie czołowym i w ośrodkach mowy.

W istocie rdzeniowej mózgu, w moście, w rdzeniu przedłużonym brak stwardnień prosówkowych.

To umiejscowienie jest dowodem pewnego związku pomiędzy zmianami zanikowemi kory mózgowej, a stwardnieniami prosówkowemi. Redlich badał jeszcze dwa przypadki zniedołężnienia umysłowego i znalazł podobny stan rzeczy. Zdaniem prelegenta objawy kliniczne odpowiadały zmianom, które wykazało badanie drobnowidowe; szczególny nacisk położył Redlich na zaburzenia mowy i napady padaczkowe.

2) Potrójna potworność dolnego odcinka rdzenia pacierzowego.

U dziecka z tarnią dwudzielną, szpotawością nogi prawej i potwornością »płodu w płodzie« badanie drobnowidowe wykazało potrójny dolny odcinek rdzenia pacierzowego.

Dwa z nich, stosunkowo dobrze rozwinięte, były zrośnięte i należały do dziecka rozwiniętego; rdzeń dwudzielny (Diastematomyelie) był w związku z tarnią dwudzielną. Trzeci rdzeń nieregularny należał do »płodu w płodzie«. Począwszy od rdzenia lędźwiowego ku górze, rdzeń był już tylko pojedyńczy, a jego lewa część silniej rozwinięta.

Redlich omówił zależność szpotawości wrodzonej od zmian w rdzeniu pacierzowym.

II. Dr. Erben mówił o nowym objawie, spostrzeganym u neurasteników.

Prelegent zauważył nagłą zmianę tętna u neurasteników, którym polecał przysiąść lub pochylić się ku przodowi.

Trzymając rękę na tętnicy sprychowej, można się łatwo przekonać, że podczas zmiany położenia chorego, po kilku uderzeniach, jeszcze niezmienionych, nagle tętno zwalnia i napina się. Takich uderzeń można naliczyć 4—10, poczem podrażnienie nerwu błędnego (któremu prelegent zmianę tę przypisuje) ustępuje i pomimo, że chory położenia przyjętego nie zmienił, tętno powraca do dawnej szybkości.

Doświadczenia tego często raz poraz powtarzać nie można, ponieważ pobudliwość nerwu błędnego wkrótce się zmniejsza. Czasem dopiero za drugim lub trzecim zgięciem tułowia zwolnienie tętna jest zupełnie wyraźne, a o nieobecności tego objawu tylko wtedy mówić można, jeżeli po trzykrotnem badaniu żadnych zmian nie znajdujemy.

Każdego musi uderzyć, że 3 położenia ciała, bo i przy przechyleniu głowy w tył Erben zauważył ten objaw, wywołują zwolnienie tętna, gdy tymczasem inne ruchy tętno przyśpieszają. To krótkotrwałe podrażnienie nerwu błędnego prelegent tłómaczy przekrwieniem mózgu, wywołanem zmianami położenia; zatem przemawia także wyraźna sinica twarzy, występująca podczas przechylenia głowy i doświadczenia robione na zwierzętach. Erben przyjmuje więc bezpośrednie podrażnienie ośrodkowe nerwu błędnego, a wyklucza mechaniczne jego podrażnienie na szyi, jak również odruchowe, skutkiem ucisku naczyń brzusznych, a to na tej podstawie, że objaw zwolnienia tętna zarówno występuje podczas przechylenia głowy, jak i podczas przysiadania. Przechylenie głowy w tył nie może wywołać ucisku na naczynia brzuszne, a przysiadaniem trudno objaśnić ucisk nerwu błędnego na szyi. Następnie w dłuższym wywodzie Erben starał się wytłómaczyć, że zwiększone ciśnienie krwi nie jest powodem zwolnienia tętna i omówił doświadczenia Gerhardta i Czermaka, powtórzone później przez Quinckego, który spostrzegał podczas ucisku na nerw błędny tylko zwolnienie tętna, bez następczego powrotu do poprzedniej szybkości.

Quincke znalazł zwiększoną pobudliwość nerwu błędnego w niedokrewności, w okresie wyzdrowienia, w niektórych wadach serca, w niektórych chorobach mózgowych, u osób bardzo szczupłych i u charłaków. Erben zaś spostrzegał objaw opisany wyłącznie u neurasteników, a szczególnie często w niedomodze nerwowej, wywołanej przez uraz tak, że według prelegenta objaw ten ma znaczenie rozpoznawcze.

W dyskusyi zabrał głos prof. Wagner, który podniósł wartość nowego objawu, ale zarazem zaznaczył, że zdaniem jego, przyczyny nie należy szukać w bezpośredniem podrażnieniu ośrodków nerwu błędnego; prof. Wagner przyjmuje odruchowe podrażnienie skutkiem podniesienia ciśnienia krwi, które działa na zakończenia nerwu błędnego w sercu. (*Sprawozdanie oryginalne*). *Dr. Halban.*

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

ODEZWA

w sprawie Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w Poznaniu.

Według ogłoszenia Komitetu VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu (zobacz *Przegląd lekarski*, Nr. 3, z dnia 15 stycznia 1898, str. 36), urządzoną będzie, podczas Zjazdu tego, Wystawa przyrodniczo-lekarska.

Towarzystwo lekarskie krakowskie zaprasza niniejszem wszystkich Kolegów, którzy mają jakieś okazy naukowe, by je jaknajrychlej na Wystawę zgłosili.

Również wzywa producentów przetworów leczniczych, wyrobów dyetetycznych i higienicznych, narzędzi leczniczych, przyrządów naukowych, środków opatrunkowych itp., a w szczególności Zarządy Zdrojowisk i Uzdrowisk krajowych i tych producentów, których wyroby polecone zostały przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, by nadesłali na Wystawę nietylko gotowe przetwory, ale i szczegółowe wyjaśnienia co do sposobu i rozmiarów produkcyi. Pożądane więc są rozbiory chemiczne, ocenienia znawców, wydane polecenia, dowody uznania z innych Wystaw, opisy sposobu otrzymywania lub przyrządzania wyrobów, modele i rysunki narzędzi, rysunki i widoki lokalów fabrycznych, tablice kartograficzne rozwoju produkcyi, katalogi, cenniki itp.

Zjazd odbędzie się w dniach 8—10 sierpnia b. r. — Zgłoszenia przyjmuje Przewodniczący Sekcyi Wystawowej, Dr. Tomasz Drobnik w Poznaniu (św. Marcin Nr. 79).

Kraków, dnia 3-go Maja 1898.

Przewodniczący komisyi przemysłowo-lek. Tow. lek. krak:	Prezes Towarzystwa lekarskiego krakowskiego:
Prof. Dr. Ed. Korczyński.	*Prof. Dr. Jakubowski.*

X. Wiadomości bieżące.

Kraków 5 Maja.

ODEZWA.

* *Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 8 do 10 Sierpnia r. b.*

1. Stosując się do życzeń wielu lekarskich i przyrodniczych Towarzystw polskich przełożył komitet gospodarczy termin Zjazdu na miesiąc Sierpień i to na **8, 9 i 10 Sierpnia.**

2. Dział sekcyj pojedyńczych na Zjeździe jest następujący: 1) sekcya dla medycyny teoretycznej, 2) dla higieny i medycyny sądowej, 3) dla medycyny wewnętrznej, 4) dla chirurgii, 5) dla ginekologii, 6) dla okulistyki, 7) dla prasy lekarskiej, 8) dla weterynaryi, 9) dla nauk przyrodniczych ścisłych, 10) dla nauk przyrodniczych opisowych, 11) dla nauk rolniczo-przyrodniczych.

3. Wystawa przyrodniczo-lekarska obejmować będzie następujące działy: 1) Literatura przyrodnicza, 2) Higiena, 3) Nauka lekarska, 4) Środki spożywcze i odżywcze, 5) Balneologia, 6) Bakteryologia, 7) Nauki przyrodnicze, 8) Antropologia i etnografia.

4. Wkładka dla członków i uczestników Zjazdu wynosi dla panów 20 marek, dla pań 5 marek. Wkładki należy przesłać wcześnie na ręce podskarbiego Zjazdu, p. dyrektora Więckowskiego, Poznań, Rynek, Bank przemysłowców.

5. Szczegółowy program Zjazdu ogłoszony będzie w Czerwcu r. b.

6. W sprawach Zjazdu, oraz z odczytami, zgłaszać się należy do Prezesa Zjazdu, pana Dra Heliodora Swięcickiego (Pałac Działyńskich), lub do sekretarza jeneralnego, p. Dra Artura Jaruntowskiego (Wilhelmowska ul. 16). W sprawie Wystawy udziela bliższych informacyj p. Dr. T. Drobnik (św. Marcin, 79).

7. Ostateczny termin wszelkich zgłoszeń 15-ty Czerwiec r. b.

8. Celem zapewnienia mieszkań raczą się szanowni członkowie i uczestnicy przyszłego Zjazdu już teraz zgłaszać do Wydziału gospodarczego i to do p. Dra Kapuścińskiego (Wilhelmowska ul. 11).

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem odbyły się następujące odczyty: 1) kol. prof. Dr. Wachholz mówił: O formalnych przewinieniach lekarskich; 2) kol. Dr. Starzewski: O zapobieganiu gorączce połogowej, i przyrannej.

* W celu ułożenia możebnie dokładnej listy lekarzy polskich, ordynujących w zdrojowiskach krajowych i zagranicznych, upraszamy kolegów, którzy nie ogłoszą się w którymkolwiek czasopiśmie lekarskiem polskiem, o doniesienie nam, przed 1-szym czerwca, drogą pocztową, o miejscu, w którem ordynować zamierzają.

* Wileńskie Towarzystwo lekarskie uchwaliło, na znak żałoby, nie wybierać, do końca roku, następcy ś. p. prezesa Dra Jundziłła, a fotel prezesowski okryć kirem. Obowiązki przewodniczącego pełnić będzie zastępczo Dr. Aleksander Wojnicz, dotychczasowy wiceprezes.

Na temże posiedzeniu uchwalono uwiecznić pamięć ś. p. Titiusa ustanowieniem stypendyum jego imienia — dla medyków.

* Na rzecz wdów i sierót po lekarzach ofiarował Doc. dr. Łepkowski nieprzyjęte honoraryum, w kwocie 15 zlr.

* Wiadomo, że prof. Mikulicz używa sam i zaleca używanie, przy operacyach w jamach trzewnych, rękawiczek aseptycznych. Na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich rękawiczki te zostały silnie zaatakowane przez Doderleina, który przy wielokrotnych laparotomiach zakładał hodowle z cieczy, która podczas operacyi przesiąkała rękawiczki. Hodowle te dały liczne kolonie drobnoustrojów. Niemal taki sam był wynik przy użyciu rękawiczek kauczukowych. Wobec tego potępia D. używanie jakichkolwiek rękawiczek, sądząc, że skóra ręki ludzkiej nie jest gorszą od wszelkich tkanin, które dodatkowo posiadają własność niejako zatrzymywania na sobie zarodków drobnoustrojowych z otoczenia. W obronie rękawic stanął, obok Mikulicza, prof. Wölfler z Pragi.

* Komisya, organizująca Międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu, mający się odbyć w r. 1900, odbyła pierwsze posiedzenie i ukonstytuowała się w sposób następujący: prezydentem wybrany został Brouardel, wiceprezydentami: Bouchard i Marey; sekretarzem generalnym Chauffard, skarbnikiem Duflocq, sekretarzami na posiedzeniach: Massary i Weber.

Do komitetu wykonawczego weszli: Lannelongue — prezes, Chauffard — sekretarz generalny; Bouchard, Bouilly, Brouardel, Dieu, Gariel, Le Dentu, Malassez, Nocard, Reymond, Rendu, Roux — jako członkowie.

Ustanowiono dzień 2 sierpnia, jako termin przypuszczalny otwarcia Zjazdu.

* Przyszły Międzynarodowy Zjazd higienistów odbędzie się także w r. 1900 w Paryżu.

* Na porządku dziennym II-go Zjazdu badaczów gruźlicy, który odbędzie się w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia b. r., postawiono następujące sprawy: 1) Znaczenie sanatoryów dla gruźliczych pod względem zapobiegawczym i leczniczym; 2) wartość surowic przeciwgruźliczych; 3) stosowanie promieni Röntgenowskich do rozpoznawania i leczenia gruźlicy; 4) walka z gruźlicą zwierząt zapomocą środków zapobiegawczych; 5) zapobieganie szerzeniu się u ludzi, zapomocą odkażania przybytków, zamieszkałych przez chorych; 6) szerzenie się gruźlicy w wojsku i o środkach jej zapobiegania.

* Od 15 maja zacznie wychodzić ilustrowany tygodnik balneologiczno-literacki pod tyt.: »Zdrojowiska«, który wziął sobie za zadanie: 1) zespolenie polskiego życia towarzyskiego w kąpielach, 2) popieranie żywotnych interesów zdrojowisk krajowych, nie usuwając się od objektywnej krytyki, 3) informowanie chorych, mających udać się do kąpiel, w najszerszem słowa znaczeniu. Czasopismo ma być tygodnikiem do końca września, a gdyby miało wychodzić w zimie, to zmieni się na dwutygodnik. Redakcyę obejmują: Dr. Wład. Mikucki i pan Wiktor Doleżan. Adres redakcyi i administracyi: Tarnów, ulica Katedralna, 3.

Wydawnictwo takie może oddać wielkie usługi, tak zdrojowiskom naszym, jak i publiczności, która często pokutuje z powodu właśnie braku informacyj.

* Krakowskie Towarzystwo farmaceutyczne »Unitas« rozpoczęło wydawanie miesięcznika »Kronika farmaceutyczna«, którego Nr. 1 opuścił prasę. Czasopismo, obok działu naukowego, poświęca wiele miejsca sprawom zawodowo-społecznym, co go w dzisiejszych czasach, bądź co bądź, przełomowych i dla aptekarstwa, szczególnie wyróżnia i zaleca.

Mianowani: Profesorowie moskiewskiego Uniwersytetu: Bobrow, Bogosłowski, Ogniew, Pospiełow i Filatow — mianowani profesorami zwyczajnymi na tych katedrach, które zajmowali dotychczas, jako profesorowie nadzwyczajni. Głośny dermatolog Dr. Düring otrzymał od rządu otomańskiego godność »paszy« i został mianowany kierownikiem nadbosforskiego szpitala w Skutari »Hajder Pasza«. Dr. Piotr Jankowski, kierownik pracowni bakteryologicznej w Lublinie, mianowany został ordynatorem nadetatowym w szpitalu św. Jana Bożego, na prawach służby państwowej. Drowie Klein i Rappel otrzymali posadę ordynatorów w warszawskim szpitalu starozakonnych.

Nekrologia. W Petersburgu zakończył życie Dr. Antoni Krasowski, profesor położnictwa w petersburskiej Akademii lekarskiej, głośnego imienia ginekolog. Zmarły przyszedł na świat w Litwie r. 1821. Po ukończeniu gimnazyum w Słucku, poświęcił się naukom lekarskim w petersburskiej Akademii medyczno-chirurgicznej, którą ukończył w r. 1848 ze stopniem lekarza. W roku następnym został ordynatorem kliniki położniczej, a w r. 1852 otrzymał stopień doktora medycyny. Zarządzając przeszło 25 lat największym w Rosyi instytutem położniczym (nadieżdinskim) i pokonując trudy olbrzymiej praktyki, znalazł ś. p. Krasowski czas i na pracę naukową, której poważne ślady pozostawił w 17 pracach, ogłoszonych po łacinie, rosyjsku, angielsku i niemiecku. Do najwybitniejszych należą »De l'ovariotomie avec un atlas« (r. 1868) i »Operacye akuszeryjne«, Warszawa, 1879 (stanowi Tom II akuszeryi w bibliotece umiej. lek.).

Dr. Józef Snarski, lat 87, promowany na lekarza w Wilnie roku 1837, zmarł w Klińcach, gubernii Czernigowskiej. Przed 60 laty, wprost z ławy szkolnej, przybył do tej miejscowości, wonczas pół dzikiej, zupełnie nieznającej i niepojmującej ludzkiej pomocy lekarskiej w cierpieniach cielesnych; był więc zmarły w ciągu swego długiego życia nietylko lekarzem mieszkańców osady Klińce, lecz i pionierem oświaty w każdym innym kierunku (Wracz Nr. 15). Dr. Wiktor Niski, lat 32, zmarł w Mławie. Dr. Tadeusz Zieliński, l. 29, lekarz okręgowy w Podbużu. Dr. Kazimierz Pierzchała, lat 30, lekarz okręgowy w Białobożnicy.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 17: Dra Strzemińskiego J.: Trzy przypadki, w jednej rodzinie, dziedzicznego, pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. Dra Warszawskiego M.: Czternaście nader rzadkich przetok macicznych. W *Medycynie* Nr. 17: Dra Grundzacha J.: O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek, zwanej gastroplegią i enteroplegią. W *Medycynie* Nr. 18: Dra Arnsteina F.: Przypadek duru brzusznego z zejściem śmiertelnem 9-go dnia choroby w następstwie zapalenia otrzewny, spowodowanego prawdopodobnie zropieniem gruczołów krezkowych, a nie przedziurawieniem kiszek. Dra Grundzacha J.: O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek, zwanej gastroplegią i enteroplegią (dokoń.). W *Kronice lekarskiej* Nr. 8: Dra Drabczyka T.: Elektroliza i jej zastosowanie w cierpieniach nosa. Prof. Goldscheidera i Dra Flataua: O celach najnowszych badań nad komórkami nerwowemi. W *Nowinach lekarskich* Nr. 5: Dra Sędziaka J.: W kwestyi powikłań po operacyi tak zw. wyrośli adenoidalnych w jamie nosogardzielowej. Dra Gantkowskiego: O znieczuleniu miejscowem sposobem Schleicha i zastosowaniu go w praktyce. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 18: Dra Dydyńskiego L.: Komórka nerwowa w świetle badań najnowszych. Dra Warszawskiego: Czternaście nader rzadkich przetok macicznych (dokoń.). W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 4: Zielińskiego Wł.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. Krakowskiego M.: Kilka słów o ferropyrinie i jej zastosowaniu w dentystyce. Klinkowsteyna B.: Złoto »Sdila«.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Stankiewicz C. (Łódź): Przyczynek do nauki o złośliwych nowotworach kosmówki. Warszawa, 1898.

— Tenże: O leczeniu przetok pęcherzowych zapomocą bezpośredniego zeszycia pęcherza. Warszawa, 1898.

— Dr. Krokiewicz A.: Ein Beitrag zur Lehre von der Gallensteinkolik und biliären Lebercirrhose. Wiedeń, 1898.

— Dwudzieste piąte Sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie z r. 1897.

— Dr. W. Moraczewski: Ueber die Enzyme. Bonne, 1897.

— Tenże: Stoffwechselversuch bei Diabetes mellitus. (Odbitka z »Centralbl. f. innerer Medicin« 1898).

— Tenże: Stoffwechselversuche bei Leukämie u. Pseudoleukämie (Odbitka z »Virchows Archiv«, Band 151, 1898).

— Tenże: Stoffwechseluntersuchung bei Carcinom und Chlorose (Odbitka z »Zeitschr. f. klin. Medicin«, Band 33 Zesz. 5 i 6).

— Tenże: Stoffwechselversuch bei Diabetes mellitus (Odbitka z »Zeitschr. f. klin. Medicin«. Band 34, Zesz. 1 i 2).

— Tenże: Die Mineralbestandtheile der menschlichen Organe. (Odbitka z »Zeitschr. f. physiol. Chemie«, Band 23, Zesz. 4 i 5).

— Dr. Werler O.: Ueber praktisch wichtige Verbesserungen der Injectionstechnik bei der Heilung des acuten Harnröhrentrippers mit Lösungen von Silbercitrat (Itrol) (Berlin, 1898).

— Odczyty kliniczne — zeszyt 4-ty. (Choroby włosów i uwłosionej skóry głowy przez Josepha) Warszawa, 1898.

— Credé: Lösliches metallisches Silber, als Heilmittel. (Wiedeń, 1898).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków 14. Maja 1898. Nr. 20.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra Pareńskiego w krakowskim szpitalu św. Łazarza.

O działaniu leczniczem strofantyny

napisał

Dr. Eljasz Stahr,

Sekundaryusz szpitala.

Dążność do dokładnego i ścisłego oznaczania dawki podawanego choremu leku, jest powodem, że lekarze wolą zapisywać alkaloidy albo glikozydy czyste, niż rośliny, lub wytworzone z nich wyciągi, w których się te alkaloidy, względnie glikozydy znajdują. Lekarz bowiem, polecając samą roślinę w jakiejkolwiek postaci, nie wie, czy przypadkiem ta roślina nie dostanie się choremu w stanie nieświeżym, zleżałym, — a wtedy działać musi wprost przeciwnie, a w każdym razie nie po myśli lekarza; dalej lekarz wtedy nie wie dokładnie, ile tego czynnika działającego podał i czy, obok tego czynnika, któremu działanie przypisuje, niema innego, czasem może i nieobojętnego. Dlatego to teraz, chcąc czynić dokładne i pewne spostrzeżenia, nikt nie poda kory chinowej, lecz chininę w postaci jakiejbądź soli; nie poleci nastoju kulczyby (t-ra nucis vomicae), lecz strychninę i t. d.

Ta właśnie okoliczność spowodowała, że się zwrócono między innymi także i do alkoloidu rośliny, używanej od kilku lat w postaci nastoju, znanej pod nazwą „strophantus".

Strophantus należy do rodziny: *Apocyneae*. Rośnie w Afryce w najrozmaitszych gatunkach, jak: *Strophantus hispidus*, *Strophantus Kombé*, *Strophantus Inée* i t. d. i służy ludożercom wschodnio-afrykańskim do zatruwania strzał. Nasiona tej rośliny, które się dostały z Afryki do naszego handlu, pochodzą czasem z jednego, czasem z kilku gatunków i noszą wspólną nazwę: *Strophantus hispidus*. Wszystkie zawierają silną truciznę, działającą w gwałtowny sposób na serce.

W dziewiątym dziesiątku naszego stulecia wprowadził Fraser *strophantus* do terapii chorób serca, podając, że roślina ta zawdzięcza swe działanie w niej zawartemu glikozydowi, nazwanemu przez niego „Strophantinum" wzoru prawdopodobnie $C_{20} H_{24} O_{10}$. Glikozyd „strophantinum" ma postać krystaliczną, rozpuszcza się łatwo w wodzie i wyskoku, zaś bardzo trudno w chloroformie i eterze. Na wzór podany przez Frasera nie godzą się wszyscy autorowie; i tak Arnaud podał w roku 1888 wzór $C_{31} H_{18} O_{12}$, a Laborde: $C_{31} H_{11} O_{12}$. Nie wszyscy też autorowie godzą się z Fraserem, że pierwiastkiem działającym w tej roślinie jest strofantyna. Do autorów, będących tego samego zdania, należą: E. Hardy i N. Gallois[1]), podczas gdy n. p. Gley[2]), na posiedzeniu Towarzystwa biologicznego w Paryżu w d. 2 czerwca 1888 r., wypowiedział zdanie, że czynnikiem działającym w *strophantus* nie jest strofantyna, a twierdził to na tej podstawie, że strofantyna, wedle jego spostrzeżeń, miała obniżać diurezę.

Rzecz naturalna, że nim poczęto podawać strofantynę u ludzi, podano ją zwierzętom i to, dla dokładności spostrzeżeń, przeważnie drogą wstrzykiwań w tkankę podskórną, lub do żył.

Paschkis i Zerner[3]) podają, że pół miligrama strofantyny, wstrzykniętej do żyły psa, sprowadza śmierć, przyczem serce pozostaje w stanie skurczu (Tod durch systolischen Herzstillstand).

G. Sée[4]) stosował tą samą drogą większe dawki od 1—4 mgr. Rozróżnia on dwa okresy działania strofantyny: W pierwszym występuje zwolnienie akcyi serca i znaczne podniesienie parcia tętniczego (un ralentissement du coeur plus ou moins marqué et une élévation considérable de la pression arterielle). W drugim zaś okresie, który trwa aż do ustania bicia serca, uważał arytmię, krótkie okresy podniecenia i zwolnienia czynności serca, skurcze, które nie uwidoczniały się na tętnie itd. (des irrégularités, de courtes phases d'excitation et de ralentissement, des systoles avortées etc).

Z tego wysnuł autor wniosek, że należy przetwór ten podawać tam, gdzie chodzi o podniesienie parcia tętniczego i energii skurczowej serca i podawać naturalnie w bardzo małych dawkach, aby wywołać działanie słabsze, niejako pierwszookresowe tego przetworu. To też chwali sobie strofantynę w dawkach $^1/_5$ do $^2/_5$ miligr we wszystkich chorobach serca, a szczególniej w zmianach w zastawce dwudzielnej, a tu przedewszystkiem przy zwężeniu. Akcya serca się wzmacniała, tętno stawało się regularne, nie uważał jednak zmniejszania się obrzęków ani duszności (nawet szkodliwa miała być w dusznicy bolesnej). Ubocznego działania nie uważał żadnego.

Idąc za wskazówką autorów, przeważnie francuskich, zaczęliśmy używać strofantyny, z początku tylko w chorobach serca, a później i w innych cierpieniach i to pierwotnie w dawkach małych, 3 razy dziennie po 1 mlgr. w pigułkach. Używaliśmy wyłącznie strofantynę wyrobu Mercka w Darmstadzie.

[1]) Hardy E. et Gallois N. Sur la matière active du Strophantus hisp. ou Inée. Gaz. méd. de Paris 9 p. 118. 77.
[2]) Vide Semaine Médicale ex 1888 pag. 233.
[3]) Zur Kenntniss der Strophantinwirkung 1887. Wien. med. Jahrbuch.
[4]) G. Sée. Sémaine médicale ex 1888. p. 433 i 434.

Dla ścisłości obserwacyi zapisywaliśmy dokładnie liczbę uderzeń serca na minutę, jakość tętna, co kilka dni zdejmowaliśmy krzywe tętna z tej samej tętnicy i to, o ile się dało, z tego samego miejsca i przy tym samym ucisku, wywieranym na tętnicę. Miejsce na przebiegu tętnicy, gdzie pierwszy raz zdejmowano obraz tętna, znaczyłem, a ustawiając sfigmograf, starałem się zawsze, by w chwili, kiedy go miałem wprawiać w ruch, koniec igiełki sfigmograficznej znajdował się zawsze na tej samej wysokości. W ten sposób miałem niejako dowód, że ucisk wywarty przez przyrząd na tętnicę, jest zawsze ten sam. Pamiętałem również i o tem, by kończyna, do której przypasywałem sfigmograf, była, w czasie spostrzegania, zawsze w tem samem położeniu. Bardzo skrzętnie zapisywałem codziennie rano ilość moczu z minionej doby, jego ciężar gatunkowy, w razie białkomoczu od czasu do czasu notowałem ilość białka zapomocą albuminimetru Essbacha. W spostrzeżeniach pamiętałem także o wielkości bezwzględnego stłumienia sercowego, sile uderzenia koniuszkowego, wielkości wątroby, jakoteż w objawach ogólnych, obrzękach, duszności, sinicy i t. d. Mimo to wszystko, spostrzeżenia sfigmograficzne, już z natury rzeczy nie mogą być doskonałe co do postaci i wysokości tętna i dlatego nie mogą być rozstrzygającemi. Używałem sfigmografu Dudgeona. Jak wiadomo, pelotka tego przyrządu ma zawsze pewne wymiary i nigdy nie można być pewnym, czy punkt obrany na przebiegu tętnicy styka się zawsze z tym samym punktem pelotki, a przesunięcie pelotki o drobną cząstkę milimetra już wystarczy, by zmienić obraz tętna. (Frey [5]). Przekonałem się również, że papierek okopcony przesuwał się w sfigmografie z różną szybkością, zależnie od tego, czy sprężyna przyrządu była w zupełności nakręcona, czy nie. Dlatego, by być pewnym, że zdejmowałem obrazki przy tej samej szybkości, z jaką się poruszał okopcony papierek, zdejmowałem je zawsze przy zupełnie nakręconej sprężynie. Rozumie się samo przez się, że chcąc robić spostrzeżenia nad działaniem strofantyny, pozostawiało się osobę badaną kilka dni przed rozpoczęciem doświadczenia bez wszelkiego leku, a względnie podawałem jej, *ut aliquid fieri videatur*, lek obojętny: napar ślazu, kwas fosforowy i t. p. i notowało się wśród tego czasu, również jak w czasie doświadczeń, ilość moczu, jego ciężar gatunkowy, liczbę uderzeń serca na minutę, zdejmowało się obrazki tętna i t. d.

Doświadczenia moje nad działaniem strofantyny podzielić mogę w ogóle, bez względu na cierpienie, wśród którego ją podawałem, na dwie gromady: do pierwszej zaliczę doświadczenia, gdzie podawałem najwyżej do 4 mgr. dziennie, do drugiej zaś te, w których dawkę stopniowo, lecz stale, powiększałem, dochodząc do 20 mlgr. na dobę.

I.

W 10 przeszło przypadkach, dokładnie spostrzeganych, podawano małe dawki, od 3—4 mgr. na dobę: w 5 przypadkach wady zastawki dwudzielnej, w 2-ch przypadkach wady zastawek tętnicy głównej, 1 raz w przypadku włóknistego zwyrodnienia mięśnia sercowego i wreszcie stósowano u kilku osób, które pozostawały na naszym oddziale tylko w obserwacyi, a leczyły się właściwie w zakładzie prof. Dra Bujwida, z powodu pokąsania przez psy podejrzane o wściekliznę.

Z góry muszę zaznaczyć, że u ludzi zdrowych żadnego zgoła działania strofantyny dopatrzyć się nie mogłem, ani dodatniego, ani ujemnego. Przez cały tydzień podawałem strofantynę w przypadku włóknistego zwyrodnienia mięśnia sercowego (Józef Skarbiński, Nr. Prot. Stanu 5771. Nr. Dz. O.I. A. 932, od 15/XII 1895—9/I 1896). Tętno jak było nieregularne, drobne, wynoszące około 100 uderzeń na minutę, takiem pozostało przez dni sześć, aż wreszcie w dniu siódmym stało się tak drobnem i nieregularnem, że go nie można było zliczyć. Podobnie rzecz się miała z ilością moczu, którego było coraz mniej, obrzęki zwiększały się tak, że po tygodniu trzeba było podać choremu naparstnicę.

Po kilku dniach stan się poprawił, lecz wkrótce wystąpiło powikłanie w postaci włóknikowego zapalenia płuc, które położyło kres życiu chorego. W tym przypadku zawiodła nas strofantyna.

Podobne spostrzeżenie zrobiliśmy w przypadkach wady zastawek półksiężycowych aorty, a przypadków tego rodzaju obserwowaliśmy dwa. W pierwszym (Jan Chudoba, Nr. prot. stanu 5537. Nr. dz. O.I. A. 887, od 29/XI 1895 do 23/XII 1895) podawaliśmy strofantynę od 29/XI 1895, prawie w ciągu miesiąca, bo do 23/XII 1895 r., początkowo 3, a potem 4 miligr. dziennie; wreszcie chory zniecierpliwiony zażądał wypuszczenia go z zakładu. Ilość uderzeń serca na minutę rosła wolno, ale stale, od 60 do 96, przyczem obraz sfigmograficzny tętna wcale się nie zmieniał; po 2-ch tygodniach pokazały się obrzęki, duszność i sinica. W historyi choroby notowano od czasu do czasu napad dusznicy bolesnej; w d. 16/XII pojawił się zawał krwotoczny w płucach (infarctus pulmonum); ilość moczu była coraz mniejsza, w ostatnich dniach pobytu w szpitalu wahała się między 500 a 550 grm. na dobę. Chory zatem opuścił zakład w stanie gorszym niż przybył. Wyszedł bowiem z obrzękami, podczas gdy bez nich przyszedł do szpitala; a do szukania pomocy lekarskiej skłoniły go bóle, występujące przy wysiłkach fizycznych, bóle drące, idące z okolicy serca ku ramieniowi lewemu. Te bóle napadowe zjawiały się w szpitalu i bez wytężania się fizycznego.

Krótkiemi słowy tu nakreślona historya choroby nie bardzo chyba zachęcała do dalszych prób.

(Dokończenie nastąpi).

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wzajemnym stosunku funkcyj żołądkowych i jelitowych

podał

Dr. Józef Wiczkowski,

przełożony pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym.

(Ciąg dalszy).

Celem zbadania chemizmu i mechanizmu żołądkowego posługiwałem się następującymi sposobami:

Do oznaczenia kwasoty ogólnej, kwasu solnego wolnego i utajonego, używałem metody Münza, a w niektórych ra-

[5]) M. Frey. Die Untersuchung des Pulses Berlin. 1892 str. 22.

zach dla kontroli i metody Leo'a. Kwas mlekowy oznaczałem sposobem Uffelmana w wyciągu eterycznym; pepsynę, albumozy, przetwory skrobi, cukier i zaczyn podpuszczkowy, w sposób znany. Dla oznaczenia siły ruchowej żołądka używałem próby salolowej.

DZIAŁ A.

Doświadczenie I. Rozpoznanie: *Carcinoma hepatis primitivum.* A. D. l. 46. Najważniejsze szczegóły ze zbadania stanu obecnego, odnoszące się do narządu pokarmowego [9]) są następujące: Odżywienie dobre. Wątroba powiększona sięga na 3 palce poniżej łuku żebrowego; lewy jej płat sięga aż do linii sutkowej lewej. Na przedniej powierzchni wątroby wyczuć się daje guz wielkości jabłka, bolesny, o powierzchni gładkiej. Po stronie prawej pępka wyczuwalne ciało twarde, nieprzesuwalne, niebolesne, wystające ku przodowi z prawego brzegu wątroby. Przy osłuchiwaniu guza wyżej położonego słyszy się bardzo wyraźne tarcie okołowątrobowe, mniej wyraźne około guza dolnego. Chory miewał od kilku miesięcy, w 2 godziny po przyjęciu pokarmów, nudności; wymiotów ani żółtaczki nie było. Łaknienie zawsze dobre. Stolec prawidłowy. Kiły nie przebywał.

Taki był stan chorego podczas moich doświadczeń. Przez ten czas przybyło go na wadze $1^1/_2$ kilogr. W dwa miesiące potem, po powrocie na klinikę, umarł 13/I 1898, a sekcya wykazała: *Carcinoma hepatis prim. Ascites hemorrhagica. (Patrz Tablica I.)*

U tego chorego, wśród podawania makowca, powiększyła się ogólna kwasota tak po śniadaniu próbnem, jak i po próbnym obiedzie. Ilość wolnego kwasu solnego początkowo się zwiększyła, piątego zaś dnia podawania makowca zmalała. Po soli karlsbadzkiej ogólna kwasota nieco się zmniejszyła, a ilość wolnego kwasu solnego utrzymywała się na dość znacznej wysokości. Dopiero po podaniu silnych środków czyszczących, jak: napój wiedeński, podofilina z aloesem i rzewieniem — znacznie się zmniejszyła ilość kwasu solnego wolnego do 6—4 sz. cnt. $^1/_{10}$ norm. ługu sodowego, a nawet był go brak. Po powtórnem podaniu makowca ilość wolnego kwasu solnego podskoczyła do 30—36 sz. cnt. $^1/_{10}$ n. ł. s.

Ten sam stosunek utrzymuje się i w liczbach przeciętnych: podczas podawania makowca ogólna kwasota treści żołądkowej, po śniadaniu, wynosi 68·5 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH, po obiedzie 67·6 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH; ilość kwasu solnego wolnego po śniadaniu **19·3** sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH (0·70347 p. m. HCl), po obiedzie **16·5** sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH (0·60159 p. m. HCl.) W czasie zaś rozwolnienia ogólna kwasota po śniadaniu 55 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH, po obiedzie 59·6 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH; ilość zaś kwasu solnego po śniadaniu **12·7** sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH (0·46304 p. m. HCl), po obiedzie **13·6** sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH (0·49485 p. m. HCl). Na przemianę skrobi, na siłę ruchową żołądka (próba salolowa) tak środki czyszczące, jakoteż powstrzymujące stolec pozostały bez wybitnego wpływu.

Doświadczenie II. M. S. Rozpoznanie: *Melancholia.* Najważniejsze szczegóły z wywiadów są: Łaknienie upośledzone. Po spożyciu pokarmów doznaje bólów w dołku podsercowym, czasem pieczenia wzdłuż mostka. Przypadłości powyższe występują i naczczo. Kiły nie przebywał. Chory najwięcej żali się na bóle głowy i na nieokreślone bóle w różnych częściach ciała. Wśród doświadczeń od 24/X do 27/XI ubyło go na wadze blisko 3·5 kilogr. Chory, wyszedłszy z kliniki, zakończył życie samobójstwem. *(Patrz tablica II).*

W pierwszych dniach wyniki doświadczenia były niepewne. Wśród zażywania makowca ilość kwasu solnego wolnego, po śniadaniu, utrzymywała się prawie na tej samej wysokości, jak przed podaniem makowca; po obiedzie zaś był go zupełny brak. Po użyciu środków przeczyszczających (soli karlsbadzkiej) ilość kwasu solnego wolnego, po śniadaniu próbnem, wzmogła się, po obiedzie znów był go brak. Gdym, po kilku dniach przerwy w doświadczeniach, podał znów środki przeczyszczające, *(aqu. laxat. vien., podoph. c. aloe et rheo)* znikł wolny kwas solny, po makowcu zaś wzmogła się jego ilość, tak po śniadaniu, jakoteż po obiedzie; gdym po raz trzeci podał środki przeczyszczające (podophylinum c. aloe et rheo, aqu. laxat. vien.), znów znikł wolny kwas solny.

Doświadczenie III. H. W. l. 16. Rozpoznanie: *Nephritis interstitialis subs. hypertrophia ventriculi cordis sinistri.* Łaknienie dobre, stolec czasem zaparty; w ogóle nie ma żadnych dolegliwości żołądkowych. W czasie doświadczeń od 5/11—27/11 przybyło chorego na wadze $2^1/_2$ klgr. *(Patrz Tablica III).*

W powyższym przypadku, po zażyciu soli karlsbadzkiej, mimo 2—3 wolnych wypróżnień dziennie, ilość kwasu solnego wolnego nie zmniejszała się, owszem bywała nawet większa, niż bez użycia soli. Wynik ten zupełnie zgodny z wyżej wymienionemi doswiadczeniami (Leube, Jaworski i inni), zwłaszcza jeżeli uwzględnimy, że wydobywałem treść żołądkową w trzy kwadranse po śniadaniu i w 3 godziny po obiedzie, a sól karlsbadzką podawałem naczczo, na godzinę przed śniadaniem.

Natomiast, po podaniu podofiliny z aloesem i rzewieniem, ilość kwasu solnego wolnego zmniejszała się tak jak w poprzednich przypadkach, a napowrót się wzmagała po podaniu makowca.

Biorąc przeciętne z dat, umieszczonych w tablicy, widzimy, że w dniach przedwstępnych kwasota ogólna wynosi 41 $\frac{n}{10}$ NaOH, kwas solny **22** $\frac{n}{10}$ NaOH (0,80212 p. m.)

po podaniu soli karlsbadzkiej — po śniadaniu próbnem
kwasota ogólna 66,3, kwas solny **26·3** (0·95588 p. m.)
po obiedzie próbnym
kwasota ogólna 85,2, kwas solny **27·2** (0·9937 p. m.)

Po podofilinie z aloesem i rzewieniem — po śniadaniu prób.
kwasota ogólna 67,0, kwas solny **17** (0·61982 p. m,)
po obiedzie próbnym
kwasota ogólna 88·0, kwas solny **16** (0·58336 p. m.)

Po podaniu makowca, po śniadaniu próbnem
kwasota ogólna 74·0, kwas solny **31** (1·13026 p. m.)
po obiedzie próbnym,
kwasota ogólna 113·3, kwas solny **26** (0,94796 p. m.)

Doświadczenie IV. O. S. l. 45. Rozpoznanie: *Neurasthenia cerebrospinalis. Neurosis ventriculi motorica. Ructur nervosus.*

[9]) W tym przypadku, jako też w innych następnych, podałem tylko takie szczegóły z wywiadów i ze *status praesens*, które mogą mieć znaczenie dla celów niniejszej pracy.

Łaknienie średnie, odbijanie bez smaku i woni naczczo i po jedzeniu. Ból w okolicy dołka podsercowego, występujący szczególnie rano niezależnie od pokarmów, rozpromieniający się aż do okolicy lędźwiowej. Stolec co 2—3 dni. *(Patrz Tablica IV).*

W tym przypadku środki przeczyszczające *(ol. ricini, podophyl. c. aloe et rheo)* wybitnie zmniejszały ilość wolnego kwasu solnego, a zaparcie wpłynęło na wzmożenie się tak ogólnej kwasoty, jak i kwasu solnego wolnego. Gdy wśród podawania środków przeczyszczających znikł wolny kwas solny z treści żołądkowej, w takim razie potrzeba było dodać mało kwasu solnego, aby wywołać reakcyą wolnego kwasu solnego, czyli, że ilość kwasu solnego, utajonego, pozostała prawie taką samą jak w stosunkach prawidłowych. Tem się tłómaczy, że chemizm żołądkowy, mimo braku wolnego kwasu solnego, był tutaj zachowany.

Przeciętne liczby:

W dniach bez leków — po śniadaniu kwasota ogólna 56 $\frac{n}{10}$ NaOH, kwas solny wolny **12** $\frac{n}{10}$ NaOH (0.43752 p. m.)

Po obiedzie kwasota ogólna 78·6, kwas solny wolny **13** (0·47398 p. m.)

Po środkach przeczyszczających: po śniadaniu kwasota ogólna 52, kwas solny wolny **4** (0,14584 p. m.)

Po obiedzie kwasota ogólna 78·6, kwas solny wolny **6** (0,21876 p. m.)

Po makowcu: po śniadaniu kwasota ogólna 68, kwas solny wolny **22** (0·80212 p. m.)

Po obiedzie kwasota ogólna 68, kwas solny wolny **7** (0,25522 p. m.)

Doświadczenie V. M. T. l. 49. Rozpoznanie: *Catarrhus ventriculi acidus, probabiliter ulcus ventriculi.* Chory skarży się, po spożyciu pokarmów stałych i płynnych, na silne odbijania o smaku kwaśnym, a naczczo o zapachu zgniłych jaj. Doznaje oraz nieprzyjemnego smaku w ustach, pieczenia wzdłuż przełyku i w dołku podsercowym; miewa nudności, prowadzące często do kwaśnych wymiotów. Po jedzeniu doznaje także uczucia pełności i ciśnienia w dołku podsercowym, jakoteż bólów rozpromieniających się wzdłuż obu podżebrzy, aż do kręgosłupa. Łaknienie dobre, do mięsa nie ma pociągu. Stolce co 2—3 dni, zbite. *(Patrz Tablica V).*

Umyślnie wybrałem do doświadczeń chorego ze wzmożoną kwasotą soku żołądkowego, aby i w takim przypadku zbadać wpływ czynności jelitowych na sprawność żołądka.

Przeciętne liczby tak się przedstawiają:

W dniach próbnych (bez środków):

Po śniadaniu kwasota ogólna 32 $\frac{n}{10}$ sz. cnt. NaOH, kwas solny **20** $\frac{n}{10}$ sz. cnt. NaOH (0,72920 p. m.)

Po obiedzie: kwasota ogólna 67·3, kwas solny **26** (0,94796 p. m.)

W dniach przeczyszczań — po śniadaniu kwasota ogólna 76·6, kwas solny **44·6** (1·62511 p. m.)

Po obiedzie: kwasota ogólna 73·0, — kwas solny **28** (1·02084 p. m.)

W dniach zaparcia stolcowego — po śniadaniu kwasota ogólna 64, — kwas solny **21·3** (0,77659 p. m.)

Po obiedzie: kwasota ogólna 96·6 — kwas solny **53·3** (1,94331 p. m.)

Powyższy przypadek wyróżnia się od poprzednich, albowiem wzmożone ruchy jelitowe wzmagają wydzielanie się wolnego kwasu solnego. Przy zaparciu zaś stolca, zwiększa się, tak samo jak dotychczas wykazywałem, i kwasota ogólna i ilość wolnego kwasu solnego, szczególnie po obfitem stałem pożywieniu.

Na tym przypadku zakończyłem doświadczenia na chorych, u których sztucznie, zapomocą środków wewnętrznie podanych, wywoływałem rozwolnienie lub zaparcie stolca. Na podstawie wyników stąd otrzymanych, mogę odpowiedzieć na pytania, zadane na początku mej pracy, a mianowicie: czy czynności jelitowe wywierają wpływ na sprawność żołądka, a jeżeli wywierają, to w jakim kierunku? **Rzeczywiście widomy i stały jest wpływ, albowiem przyspieszeniu ruchów robaczkowych jelit i wzmożonej wydzielinie soków jelitowych towarzyszy zmniejszenie się ilości wydzielonego wolnego kwasu solnego, a z osłabieniem i zwolnieniem się ruchów jelit idzie w parze wzmożenie się ilości wolnego kwasu solnego** (z wyjątkiem przypadku V. z nadmierną kwasotą żołądkową, w którym, po środkach przeczyszczających *(ol. ric., podophyll. c. aloe et rheo, aqu. laxat. viennens.)* wzmogła się ilość wolnego kwasu solnego, ale wzmogła się oraz po podaniu środka powstrzymującego (tr. opii).

Jedyny wyjątek stanowi sól karlsbadzka, po której użyciu ilość wolnego kwasu solnego się zwiększała, co zresztą jest zgodne z doświadczeniami autorów powyżej przytoczonych.

Nie dało mi się z drugiej strony wykazać wpływu rozwolnienia i zaparcia stolcowego na siłę wessalności żołądka i na siłę ruchową żołądka.

Tutaj zastrzedz się winienem przed zarzutem, jaki mógłby mnie spotkać, że wynik powyższy doświadczeń moich należy raczej przypisać wpływowi samych środków (przeczyszczających i powstrzymujących stolce), aniżeli stanowi jelit przez nie wywołanemu W odpowiedzi powołam się na najnowsze prace Kleina[10]) i na pracę A. D. Abutkowa[11]). Według nich takie leki, jak morfina, makowiec, pozostają bez wpływu na czynności żołądka przez pierwsze dni ich używania. Dopiero po dłuższem podawaniu może się wywiązać osłabienie i zwolnienie sprawy wydzielniczej w żołądku. Zresztą najsilniejszego dowodu dostarczą nam przypadki chorobowe zaparcia stolcowego i rozwolnienia, (a więc bez podania jakichkolwiek środków) które poddałem ścisłemu badaniu w kierunku założenia mej pracy, aby się przekonać, o ile wyniki powyżej wymienione znajdą tutaj zastósowanie i potwierdzenie, i to stanowi przedmiot działu B.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[10]) Kleine: Der Einfluss der Morphiums auf die Salzsäuresecretion des Magens. Deutsch. med. Woch. 1897. Nr. 21.

[11]) A. D. Abutkow: Ueber die hemmende Wirkung des opium, morphium und codein auf die Magenverdauung und die Salzsäuresecretion beim Gesunden. St. Petersburg Inaug. Diss. 1890.

Tablica I.

A. D. *Carcinoma hepatis primitivum.*

Data	Po śniadaniu: kwasota ogólna	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: kwasota ogólna	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	UWAGA
3/11	74	—	—	—	—	—	—	28	12	brak	obecne	—	—	—	—	próba białkowa
4/11	—	—	—	—	—	—	—	54	16	brak	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	wybitny	0·006	$1\frac{1}{2}$	
5/11	70	30	—	wybitny	amidulin	obecny	0·006%	22	wybitny	—	—	—	—	—	—	20 *gtts. opii* 2 stolce
6/11	48	ślad	—	wybitny	erytrodekstryna	obecny	0·008	96	18	wybitny	obecne	achroodekstryna	wybitny	ślad	2	20 *gtts. opii* nie było stolca
7/11	—	—	—	—	—	—	—	88	20	wybitny	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	wybitny	—	2	20 *gtts. opii* 1 stolec
8/11	64	16	ślad	obecne	erytrodekstryna	wybitny	0·008	54	12	ślad	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	ślad	0·006	2	30 *gtts. opii* brak stolca
9/11	92	12	wybitny	obecne	—	—	—	78	16	ślad	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	wybitny	—	2	30 *gtts. opii* 1 stolec
10/11	66	20	ślad	obecne	achroodekstryna erytrodekstryna	—	0·007	50	20	ślad	obecne	—	wybitny	—	$1\frac{1}{2}$	2 łyżeczki soli karlsbadzkiej 1 stolec wolny
11/11	—	—	—	—	—	—	—	72	32	—	wybitne	—	—	0·007	$\frac{1}{2}$	2 łyżeczki soli karlsbadzkiej 1 stolec wolny
12/11	80	—	ślad	ślad	amidulin	wybitny	ślad	34	6	—	—	—	—	—	$1\frac{1}{2}$	50 grm. *aq. laxat. vien.* 3 stolce płynne
13/11	28	—	wybitny	ślady	amidulin	wybitny	ślad 0·008	42	4	wybitny	ślady	—	wybitny	ślad	2	4 pig. *podoph. c. aloe et rheo* 4 stolce płynne
14/11	46	14	ślad	ślady	amidulin	ślad	0.02	90	6	wybitny	ślady	erytrodekstryna	wybitny	ślad	$1\frac{1}{2}$	4 pig. *podoph. c. aloe et rheo* 4 stolce płynne
16/11	42	14	wybitny	ślad	amidulin	wybitny	0·02	60	36	ślad	wybitne	achroodekstryna	—	0·004	2	*extr. opii 0·06 pro die* 1 stolec
17/11	64	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	*extr. opii 0·06 pro die* brak stolca

Tablica II A.

M. S. *Melancholia.*

	Po śniadaniu							Po obiedzie								
Data	kwasota ogólna	kwas solny wolny	kwas mlekowy	pepsyna peptony	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	kwasota ogólna	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	Uwaga
23/10	62	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	próba białkowa
24/10	88	20	—	wybitne	erytrodekstryna	wybitny	0·006%	—	—	—	—	—	—	—	—	1 stolec
25/10	64	20	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	0·005%	80	32	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	0·006%	$1\frac{1}{2}$	1 stolec
26/10	60	16	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	0·006%	20	12	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	—	$1\frac{1}{2}$	*Tnct. opii gtts.* 20 brak stolca
27/10	68	16	—	ślady	erytrodekstryna	wybitny	0·006%	22	—	ślad	ślad	achroodekstryna	wybitny	0·006	1	*Tnct. opii gtts.* 20 brak stolca
28/10	50	20	ślad	ślady	erytrodekstryna	ślad	0·005%	24	—	ślad	ślad	erytrodekstryna	wybitny	0·006	1	*Tnct. opii* brak stolca
29/10	—	—	—	—	—	—	—	26	—	—	ślad	achroodekstryna	ślad	0·007	2	2 łyżki *ol. ricini* 2 stolce płynne
30/10	50	28	—	obecne	erytrodekstryna	wybitny	0·006%	22	16	—	obecne	achroodekstryna	—	0·007	$1\frac{1}{2}$	2 łyżki *ol. ricini* 3 stolce płynne
31/10	70	30	ślad	obecne	erytrodekstryna	ślad	—	36	—	—	ślad	achroodekstryna	ślad	0·006	1	1 stolec
1/11	50	30	ślad	ślady	erytrodekstryna	ślady	0·005%	alkalicz.	—	—	ślad	achroodekstryna	brak	0·007	$\frac{1}{2}$	2 łyżeczki soli karlsbadzkiej 3 stolce płynne
2/11	18	20	—	ślady	erytrodekstryna	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	2 łyżeczki soli karlsbadzkiej 2 stolce płynne

od 2/11 do 8/11 pauza z powodu krwi w treści żołądkowej

Tablica II B.

M. S. *Melancholia.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: ogólna kwasota	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	Uwaga
8/11	52	16	—	ślady wybitne	erytrodekstryna	obecny	0·006	8	wolny	—	ślad nieznaczny	erytrodekstryna	—	—	1½	50 grm. *aq. laxat. vien.* 3 stolce płynne
9/11	24	—	ślady	ślad	erytrodekstryna	—	0·007	30	—	—	ślad nieznaczny	erytrodekstryna	—	—	2	50 grm. *aq. laxat. vien.* 3 stolce płynne
10/11	32	—	ślad	ślad	erytrodekstryna	—	0·008	44	—	—	ślad	—	—	—	2	50 grm. *aq. laxat. vien.* 2 stolce płynne
11/11	64	10	ślad	ślad	erytrodekstryna	wybitny	0·008	22	—	—	—	—	—	—	—	3 pig. *podophylin. c. aloe et rheo* 2 stolce płynne
12/11	54	4	—	ślad	achroodekstryna erytrodekstryna	—	0·007	42	—	ślad	ślad	—	—	—	1½	4 pig. *podophylin. c. aloe et rheo* 2 stolce płynne
13/11	62	18	—	wybitn.	amidulin	wybitny	0·006	60	10	ślad	ślad	amidulin	ślad	—	2	3 pr. *opium* à 0·02 brak stolca
14/11	54	24	ślad	ślad	erytrodekstryna	ślad	0·005	60	26	—	wybitny	—	ślad	—	½	*opium* 0·06 brak stolca
15/11	50	14	ślad	ślad	amidulin	wybitny	0·007	—	—	—	—	—	—	—	1½	*opium* 0·06 brak stolca
17/11	—	—	—	—	—	—	—	86	26	—	ślad	erytrodekstryna	ślad	—	—	*podophyl c. aloe et rheo* 3 stolce
18/11	—	—	—	—	—	—	—	52	0·4	—	ślad	erytrodekstryna	wybitny	—	1	*podophyl. c. aloe et rheo* 2 stolce
19/11	68	—	ślad	ślad	amidulin	—	0·008	48	—	ślad	ślad	erytrodekstryna	—	—	½	*aq. laxat. vien.* 3 stolce
20/11	70	14	ślad	ślad	achroodekstryna erytrodekstryna	—	0·02	88	—	ślad	ślad	erytrodekstryna	—	—	1	— brak stolca

Tablica III.

H. W. *Nephritis interstitialis.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: ogólna kwasota	kwas solny wolny	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	Uwagi
3/11	66	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	$2\frac{1}{2}$	Próba białkowa
4/11	48	26	—	wybitne	erytro-dekstryna	wybitny	ślad	28	12	—	obecne	erytro-dekstryna	wybitny	0·006	$2\frac{1}{2}$	—
5/11	34	16	—	wybitne	erytro-dekstryna	ślad	—	98	32	—	—	—	—	—	—	3 stolce łyżeczka soli karlsbadzkiej
6/11	48	16	—	—	—	—	—	66	30	—	obecne	achroo-dekstryna erytro-dekstryna	wybitny	ślad	$1\frac{1}{2}$	1 stolec
7/11	—	—	—	—	—	—	—	66	30	—	obecne	achroo-dekstryna	wybitny	ślad	$1\frac{1}{2}$	3 stolce łyżeczka soli karlsbadzkiej
8/11	74	30	—	obecne	erytro-dekstryna	obecny	ślad	68	28	—	obecne	achroo-dekstryna erytro-dekstryna	wybitny	ślad	$1\frac{1}{2}$	3 stolce łyżeczka soli karlsbadzkiej
9/11	44	18	—	obecne	erytro-dekstryna	wybitny	ślad	68	26	ślad	obecne	achroo-dekstryna erytro-dekstryna	obecny	0·008	$1\frac{1}{2}$	1 stolec
10/11	36	14	—	—	—	—	—	104	22	ślad	wybitne	achroo-dekstryna erytro-dekstryna	brak	ślad	1	2 stolce płynne łyżeczka soli karlsbadzkiej
11/11	74	28	—	ślady	amidulin	wybitny	—	134	26	wybitny	wybitne	achroo-dekstryna erytro-dekstryna	brak	ślad	2	3 stolce płynne łyżeczka soli karlsbadzkiej
12/11	78	28	—	ślady	amidulin	wybitny	0·004	64	16	—	—	erytro-dekstryna	—	—	$1\frac{1}{2}$	3 stolce płynne łyżeczka soli karlsbadzkiej
13/11	78	30	—	wybitne	amidulin	—	ślad	92	42	—	wybitne	amidulin	brak	ślad	$1\frac{1}{2}$	3 stolce płynne łyżeczka soli karlsbadzkiej
14/11	80	36	ślad	obecne	amidulin	—	ślad	—	—	—	—	—	—	—	—	łyżeczka soli karlsbadzkiej
15/11	—	—	—	—	—	—	—	68	—	wybitny ślad	obecne	achroo-dekstryna erytro-dekstryna	brak	0·008	$1\frac{1}{2}$	7 stolców płynnych 2 pigułki *podophylin c. aloe et rheo*
16/11	78	22	ślad	obecne	amidulin	obecny	0·02%	104	24	wybitny	obecne	achroo-dekstryna erytro-dekstryna	brak	0·008	2	5 stolców płynnych 2 pigułki *podophylin. c. aloe et rheo*
17/11	56	12	ślad	obecne	amidulin	wybitny	0·007	72	18	ślad	obecne	achroo-dekstryna erytro-dekstryna	obecny	0·007	$1\frac{1}{2}$	5 stolców płynnych 2 pigułki *podophylin. c. aloe et rheo*
18/11	76	32	brak	obecne	amidulin	wybitny	—	90	12	—	—	—	—	—	1	brak stolca *opium 0·04 pro die*
19/11	62	32	ślad	obecne	amidulin	wybitny	—	122	34	ślad	wybitne	achroo-dekstryna erytro-dekstryna	—	—	1	brak stolca *opium 0·04 pro die*
20/11	84	20	ślad	wybitne	amidulin	—	—	128	22	—	—	—	—	—	1	brak stolca *opium 0·04 pro die*

Tablica IV.

O. S. *Neurasthenia cerebrospinalis: Neurosis ventriculi motorica. Ructus nervosus.*

	Po śniadaniu										Po obiedzie											
Data	ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	Uwagi
9/12	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1½	Treść wydobyta na czczo po wlaniu 200 sz. cm. wody.
—	8	4	4	—	—	—	wybitne	—	—	—	46	12	28	—	6	—	wybitne	—	ślad	0·006%	—	Próba białkowa (na czczo) dodano 100 sz. cm. wody.
10/12	26	12	6	—	8	ślad	wybitne	amidul.	wybitny	0·005%	92	18	64	—	10	ślad	wybitne	amidul.	obecny	0·005%	1	brak stolca
11/12	86	12	66	—	8	ślad	wybitne	amidul.	wybitny	0·006%	92	14	68	—	10	ślad	wybitne	amidul.	obecny	0·006%	½	1 stolec
12/12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	52	8	30	—	14	ślad	wybitne	amidul.	obecny	0·006%	2½	1 stolec
13/12	52	—	—	4	10	ślad	obecne	amidul.	wybitny	0·007%	94	10	72	—	12	ślad	wybitne	erytrodeks.	ślad	0·005%	1½	Dwie łyżki olejku rącznikowego 3 stolce wodniste.
14/12	44	2	36	—	6	ślad	ślady	amidul.	obecny	0·007%	78	8	62	—	8	ślad	wybitne	erytrodeks.	—	0·006%	1½	Trzy pig. *podoph. c. aloe et rheo* 4 stolce płynne.
15/12	60	10	36	—	14	ślad	obecne	erytrodeks.	—	0·007%	64	—	—	6	6	ślad	wybitne	erytrodeks.	—	—	1½	Trzy pig. *podoph. c. rheo et aloe* 3 stolce płynne.
16/12	56	6	46	—	4	ślad	obecne	erytrodeks.	—	0·006%	38	—	—	10	4	ślad	wybitne	erytrodeks.	—	—	1½	Trzy pig. *podoph. c. aloe et rheo* 3 stolce płynne.
17/12	78	34	18	—	26	ślad	wybitne	amidul.	wybitny	0·005%	64	8	50	—	6	ślad	wybitne	erytrodeks.	—	—	1½	*Trac opii gtts 30* brak stolca.
18/12	70	26	38	—	6	—	wybitne	amidul.	wybitny	0·006%	102	12	80	—	10	ślad	wybitne	erytrodeks.	wybitne	—	1	*Trac opii simpl. gtts. 30* brak stolca
21/12	88	8	74	—	6	—	wybitne	erytrodeks.	wybitny	0·007%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Tablica V.

M. T. *Catarrhus ventriculi acidus, probabiliter ulcus ventriculi.*

Data	Po śniadaniu								Po obiedzie										Uwagi
	ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	pepsyna peptony	przetwory skrobi	cukier	ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	pepsyna peptony	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	
9/12	26	20	6	—	—	—	—	—	28	10	18	—	—	wybitne	—	—	—	1	Treść na czczo wydobyta około 50 cm.
10/12	46	24	22	—	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	—	68	38	28	2	—	wybitne	—	—	—	1½	2 stolce
11/12	24	16	8	—	—	wybitne	achroodekstryna	—	106	58	46	2	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	—	ślad	1	brak stolca
13/12	72	30	34	8	ślad	ślad	erytrodekstryna	wybitny	94	46	38	10	ślad	wybitne	—	—	—	3	2 łyżki *Ol. Ricini* 3 stolce płynne
14/12	92	20	60	12	—	ślad	erytrodekstryna	—	16	8	—	8	—	ślad	—	—	—	1	*Podophyllin c. aloë* 2 stolce płynne
15/12	76	44	22	8	—	wybitne	erytrodekstryna	—	120	30	80	10	ślad	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	—	—	1	*Podophyll. c. aloë* 2 stolce płynne
16/12	86	52	26	8	ślad	obecne	amidulin	ślad	96	36	52	10	wybitny	wybitne	—	obecny	—	—	*30 gtts. tct. opii* brak stolca
17/12	34	8	22	4	—	ślad	erytrodekstryna	wybitny	102	60	42	—	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	ślad	—	½	*30 gtts. tct. opii* brak stolca
18/12	72	30	36	6	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	ślad	92	64	56	2	—	wybitne	achroodekstryna erytrodekstryna	obecny	—	½	*30 gtts. tct. opii* brak stolca
21/12	62	26	32	4	ślad	wybitne	erytrodekstryna	wybitny	100	40	56	4	—	wybitne	erytrodekstryna	ślad	—	½	*Aq. laxat. vienens.* 3 stolce płynne

III. Ważniejsze przypadki z oddziału Prof. Pieniążka dla chorób krtani, gardła i nosa

w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie

zestawił

Doc. Dr. Aleksander Baurowicz,

asystent uniwersytecki oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Przypadek krwotoku nosowego (epistaxis) dlatego głównie przytaczam, iż dotyczył on chorego, dotkniętego plamicą Werlhofa (morbus maculosus Werlhofi). Wezwany na oddział, zastałem chłopca apatycznego, okazującego objawy znacznej niedokrewności; nozdrza chorego zatkane były Penguar Jambi, a okolica ich popaloną sześciochlorkiem żelaza. Od rodziców chorego dowiedziałem się, iż syn ich od 8 miesięcy dostaje czerwonych plamek na skórze, zaś w miejscu uciśnięcia, lub najmniejszego uderzenia, powstają wynaczynienia podskórne, a wreszcie, iż w ustach tworzą mu się od czasu do czasu krwawe pęcherzyki. Przed kilku miesiącami był raz obfity krwotok nosowy, który obecnie powtórzył się.

Przekonawszy się, iż chory przestał krwawić, mianowicie iż krew nie spływała ku tyłowi do jamy nosowo-gardłowej, lubo tę ostatnią jak i jamę gardła, znalazłem wypełnioną świeżymi skrzepami, ułożyłem chorego w łóżku na wznak zupełnie poziomo, gdyż przy każdem podniesieniu omdlewał; tętno chorego było bardzo drobne, ledwo wymacalne. Na skórze znalazłem liczne plamki, barwy, od żywo czerwonej do sinej, obok większych wynaczynień podskórnych, okazujących różne zabarwienie; na błonach śluzowych ust, gardła i krtani, oprócz bladości, nic nieprawidłowego. Po dwóch dniach, gdy ogólny stan chorego się nieco poprawił, usunąłem mu zatyczki z Penguar Jambi, które jak się przekonałem, pozornie tylko działały, bo wprowadzone były za płytko, by mogły zatrzymać krwotok; a chociaż krew przestała wypływać z nozdrzy przednich, przecież spływała dalej ku tyłowi aż w końcu krwawienie samo ustało; ja zastałem chorego już w chwili ustania krwawienia. Po oczyszczeniu nosa, spostrzegłem znowu krwawienie, ale tylko z przegrody po stronie lewej; miejsce krwawiące okazywało powierzchnię o wejrzeniu, jakby gąbki; natomiast błona śluzowa prawej strony przegrody była zupełnie bez zmian. Prawdopodobnie krwawiło tu i poprzednio z jednej tylko strony, a krew wydobywająca się z drugiego otworu nosowego, dostawała się z jamy nosowo-gardłowej do przeciwnej jamy nosowej i następnie wypływała na zewnątrz.

Ze względu na wystąpienie znowu dość obfitego krwawienia, założyłem gazę jodoformową, którą pozostawiłem dwa dni; po wyjęciu jej krwotok nie odnowił się; powierzchnię zaś części przegrody, pozbawionej przybłonka, pokryłem strupem wywołanym lapisem. W czasie obserwacyi w szpitalu miałem sposobność spostrzegać u tego chorego wystąpienie na dziąsłach pęcherzyków, wypełnionych cieczą krwawą, obok kilku małych wynaczynień w błonie śluzowej, na migdałkach i łukach.

Dalej obserwowaliśmy przypadek tak zwanego polipa krwawiącego przegrody nosowej, różniącego się do pewnego stopnia od podobnego przypadku, ogłoszonego pierwotnie w *Przeglądzie lekarskim* (1897 Nr. 8 i 9). Dotyczył on mianowicie mężczyzny, liczącego lat 32, od którego dowiedzieliśmy się, iż od przeszło 5 lat zatyka mu prawą stronę nosa, co, po krwotoku z tej strony nosa, zawsze bardzo obfitym, ustaje na pewien czas, wraca jednak napowrót.

Badanie wykazało w górnej przedniej części przegrody chrząstnej, po stronie prawej, guz wielkości fasoli, o powierzchni nierównej, zabarwienia ciemno-czerwonego, w całości pokryty przybłonkiem. Guz ten, usadowiony był na wązkiej, krótkiej szypule, za dotykiem okazywał zbitość elastyczną, nie krwawił. Nadto, tak po stronie prawej, gdzie był usadowiony, jak i po lewej, znalazłem wybitny suchy nieżyt, ograniczony do przedniej części przegrody nosowej (Rhinitis sicca anterior Siebenmann). Guz ten odgniotłem pętlą zimną, przyczem obserwowałem, przy każdym wydechu, krwawienie sporym prądem; pośpiesznie więc założyłem tampon z gazy jodoformowej, który po dwóch dniach wyjąłem. Nie krwawiło więcej, do leczenia zaś nieżytu suchego przegrody, dano choremu maść Hebry.

Klinicznie różnił się przypadek ten od opisanego poprzednio (l. c.); najpierw dotyczył mężczyzny, okazującego typowy obraz suchego nieżytu przegrody nosowej, mającego usposabiać do powstawania guzów krwawiących w tem miejscu. W pierwszym przypadku powierzchnia guza była gładka, za dotykiem guz miękki krwawił bardzo łatwo, podczas gdy w tym przypadku guz okazywał powierzchnię nierówną, zbliżoną wejrzeniem do brodawczaka, był zbitości elastycznej i nie krwawił za dotykiem. Odpowiednio też i obraz drobnowidowy przedstawiał pewne różnice, okazując włókniaka nie tak miękkiego jak w pierwszym przypadku, ale więcej zbitego. W każdym razie jednak, w obu naszych przypadkach, guz przedstawiał się jako nowotwór dobrotliwy, włókniak naczyniasty (fibroma teleangiectodes).

Przypadek urazowego krwiaka przegrody, dotyczył dziewczynki $2\frac{1}{2}$ lat liczącej, która, na trzy tygodnie przed przedstawieniem się nam, siedząc przy stole na zwykłem krześle, pociągnęła za ceratę i uderzyła się grzbietem nosa o krawędź stołu; początkowo z nosa krwawiło przez 10 minut, poczem chorej zatkało zupełnie nos i stan ten trwał aż do dnia przybycia do nas.

Grzbiet nosa, na granicy między częścią kostną a chrząstną nieco zapadły, okazuje w tem miejscu podatność. Po obu stronach części przedniej przegrody, zaraz z samego przodu, widać guz o powierzchni gładkiej, zabarwienia prawidłowej błony śluzowej. Guz ten przylega bezpośrednio do bocznych ścian nosowych tak, że tylnej granicy jego obejrzeć nie można. Za dotykiem guza zgłębnikiem uczuwa się wyraźne chełbotanie, przechodzące na stronę przeciwną guza. Oddechanie przez nos było zupełnie zniesione; igłą wyciągnięto płyn ropiasty. Nacięto następnie guz od strony lewej, dolną część jego wycięto nożyczkami, poczem wytamponowano jamę guza gazą jodoformową. Tampon zmieniano codziennie, a gdy ropienie ustało, wstrzyknięto do jamy guza nieco nalewki jodowej, a następnie ściany guza, ugnieciono z obu stron tamponami, by przyspieszyć zlepienie się blaszek, które miały zastąpić brak przegrody chrząstnej. Chora po kilku dniach, z wytworzoną przegrodą błoniastą i oddechem przez nos zupełnie wolnym, opuściła szpital.

Do ciekawszych przypadków zaliczam dalsze dwa przypadki krwiaków przegrody nosowej, jeden ura-

zowy, drugi samoistny, które klinicznie o tyle się różniły, iż w pierwszym, z powodu dłuższego upływu czasu od chwili urazu, przyszło już do przeistoczenia się wydzieliny krwawej w ciecz ropiastą i przedziurawienia przegrody; w drugim zaś świeżym przypadku przegroda została zachowaną. W obu razach leczono przez otwarcie krwiaka i zakładanie następowo tamponów, uciskając z obu stron.

Ropni okołomigdałkowych było razem 21 przypadków, które jednak nietylko klinicznie, ale też i ze względu na rokowanie i leczenie należało rozdzielić na dwie gromady, na ropnie obok migdałka i ropnie poza nim, względnie w łuku tylnym. Tych ostatnich spostrzegaliśmy sześć przypadków, a w dwóch z nich sprawa zapalna rozciągała się w dół, aż na wejście do krtani; raz połowa powierzchni językowej nagłośni, odpowiadającej ropniowi i fałd nalewkowo-nagłośniowy tej strony, przedstawiały obraz obrzęku ostrego; w drugim przypadku zajęta była cała nagłośnia, fałd nalewkowo-głośniowy i chrząstka nalewkowa. Jak zwykle w przypadkach ropni pozamigdałkowych poleciliśmy okłady ciepłe, obok płókań ciepłych, unikając otwierania tych ropni, nie dającego się w wielu razach wprost uskutecznić, ze względu na różne usadowienie się ropnia. Zresztą ropnie w tej okolicy, przy przytoczonem leczeniu, zwykle szybko otwierają się same, przyczem zauważyć można stale niezbyt obfitą ilość ropy; miejsce otwarcia się ropnia najczęściej jest od przodu łuku tylnego, na przejściu jego ku podniebieniu miękkiemu, mniej lub więcej bliżej migdałka. Przypadek pierwszy usunął się z pod obserwacyi, drugi zaś, który dotyczył jednej z Sióstr miłosierdzia, zamieszkałych w szpitalu, miałem sposobność spostrzegać przez cały czas trwania choroby, po dwa razy dziennie, i zebrać bardzo cenne spostrzeżenia. Otóż w przypadku tym, jak już wspomniałem, obok ropnia pozamigdałkowego, znalazłem obrzmienie nagłośni, fałdu nalewkowo-nagłośniowego i chrząstki nalewkowej, podobnie jak przy ropniu strony prawej. Obrzęk znaczny jednej połowy przedsionka utrudniał nieco oddech chorej; a wszystko razem miało trwać drugi dzień. Ruchomość zajętej połowy krtani była zachowaną; gruczoły chłonne po stronie prawej szyi znalazłem powiększone, bolesne. Poleciłem natychmiast pozostanie w łóżku, ciepłe okłady z siemienia lnianego, ciepłe płókania z odwaru korzeni ślazowych, a wreszcie wdychiwanie rozczynu cynku z morfiną. Do wieczora obraz krtani nie uległ zmianie, natomiast sprawa zapalna pozamigdałkiem nasiliła się, co było zresztą pożądanym efektem stósowanego ciepła. Następnego dnia rano dołączyła się chrypka, silne zaczerwienienie i obrzmienie prawej struny prawdziwej, obrzmienie prawie na całej chrząstce nalewkowej przybrało wejrzenie czerwone, do czego przyłączyło się zupełne zniesienie ruchów prawej połowy krtani i ustawienie więzadła w ułożenie fonacyjne; oddech chorej był wyraźnie cięższy, niż dnia poprzedniego, podała ona, iż z powodu utrudnionego oddechania zasnąć ani na chwilę nie mogła. Energiczne leczenie, jak wyżej podałem; pod wieczór objawy zapalne poza migdałkiem bardzo silne, znaczny obrzęk języczka, nigdzie jednak zgłębnikiem nie można wyczuć w nacieku tym miejsca podatniejszego, a właśnie w tym przypadku, przy zachowaniu ostrożności, można było wykonać nakłócie. Następnego dnia rano, a więc piątego dnia choroby, zastałem stan ogólny chorej znacznie lepszy i dowiedziałem się, iż nad ranem pękł „wrzód" w gardle; objawy utrudnionego oddechu i bóle przy przełykaniu utrzymywały się jak pierwotnie, miejscowo też obraz w krtani nie uległ zmianie. Wieczorem zauważyłem ustępowanie obrzęku z nagłośni, a na drugi dzień rano obraz w krtani zmienił się już do niepoznania, obrzęk w przedsionku zmalał a i ruchomość tej połowy krtani zaczęła wracać; do następnego dnia (7-my dzień choroby) obrzęk ustąpił zupełnie, ruchomość wróciła także, wreszcie i zaczerwienienie więzadła niebawem ustąpiło, jedynie tylko powiększenie gruczołów na szyi utrzymywało się jeszcze przez dłuższy czas.

Był to więc przypadek zasługujący klinicznie dlatego na uwagę, iż mimo tego, iż sprawa zapalna w krtani sięgała głęboko i sprowadziła nawet unieruchomienie strony zajętej, przecież naciek zapalny uległ zupełnie wessaniu, nie pozostawiając po sobie żadnych następstw, a powtóre dlatego, iż w nim, podobnie jak w pierwszym przypadku zapalenia, przypuszczać można, iż drogą migdałka przyszło do następowego zakażenia tkanki podśluzowej krtani.

Z przypadków porażeń nerwu zwrotnego przytaczam szczególnie jeden, gdzie, przy operacyi (Prof. Obaliński), gruczołów gruźliczych na szyi, po stronie lewej, musiano wyciąć kawałek nerwu błędnego, co pociągnęło za sobą porażenie nerwu zwrotnego lewego i lewej połowy podniebienia miękkiego, dając cenny przyczynek dla nauki o unerwieniu podniebienia miękkiego.

W jednym z licznych przypadków wola (wszystkich przypadków 31, a z tego 17 przypadków z ugnieceniem tchawicy, raz *e strumate carcinomatosa*), bez ugniecenia tchawicy, obserwowano, obok przesunięcia krtani na stronę lewą, wypuklenie bocznej i tylnej ściany gardła od strony prawej i obrzęk szczytu chrząstki nalewkowej prawej.

Ciał obcych w drogach oddechowych, względnie pokarmowych, było razem przypadków 5, raz w nosie (groch), raz w dolnym odcinku gardła przy wejściu do przełyku (igła), wreszcie 3 razy w samym przełyku (raz kość z wołu, raz z kurczęcia, a raz kęs mięsny bez kości). Igła, o której wspominam, wbiła się skośnie między tylną płaszczyzną chrząstki nalewkowej lewej a ścianą gardła od strony prawej; widząc wyraźnie, iż koniec ostry igły tkwi w chrząstce nalewkowej, po znieczuleniu powierzchownem chorego, szczypczykami Schröttera chwyciłem igłę bliżej jej końca cieńszego, wsunąłem koniec jej ostry głębiej, a uwolniwszy uszko, z łatwością igłę na zewnątrz wydobyć mogłem. Przypadek ten nastąpił, nie jak to zwykle bywa, z powodu nieostrożnego trzymania igły w ustach, ale przydarzył się mężczyznie podczas jedzenia kapusty.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ołtuszewski: **O znaczeniu ośrodków skojarzeniowych Flechsiga dla badań nad rozwojem umysłu, mowy, psychologii mowy, oraz nauki o niemocie.** *Medycyna*, 1897.

Flechsig na zasadzie badań anatomicznych nad mózgami zarodków i noworodków odróżnia w korze mózgowej ośrodki zmysłowe (czucia cielesnego, węchu, słuchu, oraz wzroku), rozwijające się dość wcześnie po urodzeniu i służące do uświadamiania wrażeń zmysłowych bez domieszki wspomnień, oraz leżące między niemi ośrodki skojarzeniowe, powstające dopiero w kilka miesięcy po urodzeniu,

których czynność polega na kojarzeniu różnych obszarów zmysłowych kory, a więc uskuteczniainu spostrzeżeń we właściwem tego słowa znaczeniu. Ośrodki zmysłowe zajmują tylko $1/3$ kory, mają stałą lokalizacyę i z nich, lub w ich pobliżu, wychodzą wszystkie nerwy ruchowe, są więc ośrodkami czuciowo-ruchowymi. Ośrodki skojarzeniowe (przedni, średni i tylny) nie stoją w żadnym związku z nerwami czuciowo-ruchowymi ośrodków zmysłowych, a odbywające się tu kojarzenia są udziałem licznych gromad komórek. Mniemanie to stanowi rdzenną różnicę między stanowiskiem Flechsiga, a dawniejszemi teoryami Maynerta, Wernickego i innych, utrzymujących, że różne ośrodki zmysłowe są z sobą złączone bezpośrednio z włóknami kojarzącemi.

Flechsig przypisuje średniemu ośrodkowi skojarzeniowemu ważną rolę w mechanizmie mowy, gdyż tu odbywają się kojarzenia wrażeń słuchowych, ruchowych i dotykowo-czuciowych, biorących udział przy mowie; ośrodkowi zaś tylnemu, oprócz uskuteczniania spostrzeżeń, wyznacza czynność łączenia wyobrażeń naszych z wyrazami, oraz zdolność wspomnień wyrazowych [1]).

Wyniki przedstawionych badań Flechsiga, wedle zapatrywania Dra O., opartego na własnych badaniach umysłowości i mowy u dziecka, zgadzają się w zupełności ze spostrzeżeniami nad rozwojem umysłowym człowieka, gdyż kojarzenia wrażeń otrzymanych przez różne zmysły, uczucia wyższe i wola popędowa, jako wymagające wyobrażeń, powstają u noworodków dopiero w 4 miesiące. To samo dotyczy świadomości przedmiotowej.

Różnica w zapatrywaniu się na psychologię mowy, a więc opartej na niej nauce o niemocie, między Drem O. a Flechsigem, polega na nieuwzględnieniu, przez tego znakomitego badacza, podstawy psychofizyologicznej rozwoju mowy u dziecka. Opierając się na własnych badaniach w tym względzie, uważa O. ośrodek średni nietylko jako okolicę, gdzie następują skojarzenia ośrodków słuchowych, ruchowych i dotykowo-czuciowych, stojących w związku z mechanizmem mowy, lecz przypisuje mu zdolność automatycznego wyłaniania wspomnień wyrazowych bez udziału ośrodka tylnego; wyznacza mu więc ważną rolę w mowie wewnętrznej, jako połączeniu pojęć słownych, mających siedlisko w ośrodku tylnym, z automatycznemi wspomnieniami wyrazów. Badanie O. nad rozwojem mowy u dziecka wykazuje, że ośrodek średni odgrywa w początkowych okresach rozwoju mowy taką samą rolę, co do swego znaczenia psychogenetycznego, jaką po jej ukształtowaniu się spełnia ośrodek tylny, gdyż zanim utworzy się automatyzm mowy, musi dziecko przez bardzo długi czas świadomie kojarzyć szereg głosów i szmerów (wyrazów) z odpowiednimi ruchami w narządach artykulacyi, a to dla nagromadzenia zapasu śladów słownych, które są nieodzowne dla mowy automatycznej. To samo *mutatis mutandis* dotyczy początkowego aktu czytania i pisania, gdzie łączenie obrazów wzrokowych lub łącznie z nimi pamięci ruchów przy pisaniu z ruchami głosowymi, oraz automatyczna zdolność wspomnień tych obrazów, odbywa się również w ośrodku średnim, z początku świadomie, następnie zaś automatycznie. Hipoteza kol. O., co do przeznaczenia ośrodka średniego, nie pozostaje w sprzeczności z zasadniczą myślą pracy Flechsiga, gdyż uwydatniając znaczenie ośrodka średniego, zrównywa poniekąd psychogenetyczną jego wartość odnośnie do dwu pozostałych, mimo to, iż, po uformowaniu się mowy, rola jego sprowadza się do automatyzmu, równoznacznego automatyzmowi chodzenia, pływania i t. d. Hipoteza ta zgadza się również z dotychczasowemi spostrzeżeniami klinicznemi różnego rodzaju niemoty ruchowej, wyjaśniając bardzo wiele niezupełnie dotychczas zrozumiałych, a tu odnoszących się pytań.

Pamięci słowne zmysłowe, stanowiąc część ośrodków zmysłowych, służą jedynie bądź do uskuteczniania różnych ruchów przy artykulacyi lub piśmie (pamięć ruchowa), bądź do przyjmowania podniet ze świata zewnętrznego, a odnoszących się do mowy przy słyszeniu wyrazów, jako kombinacyi pewnego szeregu tonów i szmerów, lub postrzeganiu znaków pisma, jako prostych zjawisk wzrokowych (pamięć słuchowa i wzrokowa). Pamięci zmysłowe należą do kategoryi pamięci organicznej. Do tejże kategoryi zalicza O. również pamięć skojarzeniową ośrodka średniego, jako zbiór skojarzeń między ośrodkami zmysłowymi mowy. Rozumienie mowy, względnie pisma, oraz mowa samodzielna ze zrozumieniem, wymagają już ośrodków wyższych, psychicznych, gdzie jak mniema O., kojarzenia te mają miejsce, a mianowicie przy rozumieniu mowy lub pisma między ośrodkiem zmysłowym, słuchowym i skojarzeniowym średnim, a ośrodkiem tylnym, przy mowie zaś lub piśmie ze zrozumieniem między ośrodkiem średnim i tylnym.

Dr. O. zapatruje się na mowę jako sprawę psychiczną, to jest zbiór wszystkich wyżej omówionych skojarzeń, które odbywają się jedynie w korze i wymagają, jak wszystkie procesy duchowe, pamięci i uwagi. Zarówno więc, jak dla przejawu najpierwotniejszej strony psychicznej człowieka, spostrzeżenia, oprócz ośrodków zmysłowych, potrzebne są wyższe skojarzeniowe, tak również te same czynniki odgrywają analogiczną rolę przy psychicznym akcie mowy, zarówno czynnym (artykulacya, pismo), jakoteż i biernym (rozumienie mowy, pisma). Różnica zachodzi jedynie w więcej złożonym akcie mowy, a mianowicie, że owe pamięci zmysłowe muszą się skojarzyć uprzednio w ośrodku średnim dla wytworzenia mowy automatycznej, gdy spostrzeżenia uskuteczniamy jednocząc tylko różne zmysłowe okolice kory w ośrodku tylnym. Przy akcie więc psychicznym mowy działają dwa mechanizmy: niższy, do pewnego stopnia automatyczny, mieszczący się w wyspie Reila i wyższy, dla pojęć słownych, — w ośrodku tylnym (okolica *gyri supramarginalis i gyri angularis*). Ostatni służy do łączenia wyobrażeń i pojęć słownych z wyrazami.

Odpowiednio do przedstawionych danych psychologii mowy zapatruje się O. na niemotę, jako na zakłócenie pamięci słownej zmysłowej (ruchowej, słuchowej i wzrokowej pamięci liter), lub skojarzeniowej (w ośrodku średnim, lub tylnym), co bądź uniemożliwia działanie pamięci zmysłowej ruchowej, lub przyjmowanie podniet zewnętrznych od ośrodków zmysłowych mowy, bądź znosi ślady nagromadzonych wspomnień wyrazowych w ośrodku średnim; lub też niszczy kojarzenia, zachodzące w ośrodku tylnym przy rozumieniu mowy, względnie pisma lub przy mowie samodzielnej ze zrozumieniem.

Zgodnie z tem wszystkiem, oprócz podziału niemot na organiczne i czynnościowe u dorosłych i dzieci, rozdziela O. wszystkie niemoty na zmysłowe i skojarzeniowe.

Do niemot organicznych zmysłowych zalicza: 1) niemotę ruchową izolowaną przy zmianach w trzecim zawoju czołowym (tak zwana uprzednio niemota ruchowa podkorowa), 2) niemotę słuchową (głuchotę wyrazową), 3) aleksyę izolowaną (percepcyjną ślepotę wyrazową). Do niemot organicznych ośrodka średniego należy niemota ruchowa z aleksyą, względnie i agrafią. Do niemot organicznych ośrodka tylnego odnosi: 1) skojarzeniową niemotę słuchową (tak zwana uprzednio transkorowa słuchowa), 2) aleksyę skojarzeniową lub skojarzeniową ślepotę wyrazową (uprzednio aleksya transkortykalna), 3) niemotę optyczną, 4) ślepotę duchową.

Ten sam podział odnosi do niemot czynnościowych (amnestycznych). Wyróżnia między innemi następujące zmysłowe niemoty czynnościowe: 1) ruchową (uprzednio transkorowa ruchowa), 2) słuchową, do której należą niemoty Grasheya i bardzo wiele innych form, 3) aleksyę, gdzie należy odnieść przypadki niemożności czytania wyrazów, obok zachowanego czytania liter, dysleksye itd. Do niemot czynnościowych ośrodka średniego zalicza niemotę ru-

[1]) Ośrodek przedni, albo czołowy, ma służyć jakoby do praktycznego zastósowywania wyobrażeń i pojęć naszych oraz czynności samodzielnej, pozostaje więc w związku z uwagą i namysłem.

chową bez aleksyi i agrafii. Nakoniec do niemot czynnościowych ośrodka tylnego odnosi przypadki, w których chorzy nie mogą nadać odpowiedniej nazwy rzeczy, przedstawionej sobie w umyśle. *Dr. W.*

V. Wyciągi.

Zaleski K.: **Kilka słów o wrzodzie dziurawiącym w przełyku**. (*Medycyna*, 1898, Nr. 10). Cierpienie to stosunkowo rzadkie i mało opracowane, to też autor ogłasza jeden przypadek, spostrzegany przez siebie w szpitalu dzieciątka Jezus. Chory zmarł wskutek krwotoku obfitego, więc rozpoznanie za życia można było porównać z wynikiem rozbioru zwłok. Autor rozpoznał rozstrzeń żołądka, wskutek bliznowego zwężenia odźwiernika, po zagojonym wrzodzie okrągłym, obok tego wrzód okrągły u wpustu. Tymczasem badanie zwłok prócz tego wykazało jeszcze wrzód w dolnej części przełyku. Z objawów wybiera autor istotne dla wrzodu przełyku: a) ból w przedniej części klatki piersiowej, mianowicie na mostku, b) powstrzymywanie się od przyjmowania pokarmów z obawy bólu, które to oba objawy u chorego bardzo wybitnie występowały. Należałoby ustalić owe objawy dla ułatwienia rozpoznania.

Wrzód zajmował $^1/_3$ część dolną przełyku, łączył się z wrzodem u wpustu żołądka, a w górnej części pokryty był zębowatymi pasami zdrowej błony śluzowej. Dotąd są znane dwa przypadki samoistnego wrzodu przełyku bez wrzodu żołądka. Byłoby bardzo ważne zwracać uwagę w przyszłości, o ile występuje wrzód przełyku samoistnie. Kwasota treści żołądkowej, naczczo, w przypadku autora = 40, wolnego kwasu solnego (sposobem Mintza) 0·04%; pod drobnowidem: kulki tłuszczu, drożdże, komórki roślinne, jądra ciałek wypocinowych. *Dr. Eljasz Radzikowski.*

Oderfeld H.: **Rzadkie powikłanie przekłócia ściany brzusznej (paracentesis)**. (*Medycyna*, 1898, Nr. 11). U chorego z marskością wątroby przekłóto trójgrańcem ścianę brzuszną, jak to już czyniono wielokrotnie poprzód, aby wypuścić płyn. Przekłócie zrobiono w miejscu klasycznem, to jest nazewnątrz od środka kresy łączącej tarn górną kości biodrowej ze spojeniem łonowem. Płyn nie wypływał, a gdy przepchanie rurki nie pomogło, wyjęto rurkę. Wówczas przez otwór w brzuchu wysunął się twór jakiś obły, dosyć cienki 3—4 mm., a długi 10 ctm., sinawy, w postaci pętelki. Twór ten odcięto po przewiązaniu ramion, które schowały się same do jamy brzusznej, a chory żadnej szkody przez to nie poniósł. Odcięty twór składał się z tętnicy, żyły i tkanki tłuszczowej, a należał do sieci, której naczynia nieraz, zwłaszcza u ludzi podupadłych w odżywieniu, sterczą wolno do jamy brzusznej.

Powikłanie w każdym razie bardzo rzadkie tego tak częstego zabiegu klinicznego. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Erlach: **O leczeniu zapaleń otrzewnej**. (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 3). Autor uważa za rzecz bezwzględnie wskazaną, przy stwierdzeniu ropnego zapalenia otrzewnej, otworzyć i osączkować jamę brzuszną. Przytacza on dwa przypadki, jeden po owaryotomii, drugi po myomotomii macicy, gdzie rozwinęło się ropne zapalenie otrzewnej z tak złym przebiegiem, że nie było prawie nadziei utrzymania chorych przy życiu. Po otwarciu jamy brzusznej i osączkowaniu chore wyzdrowiały. *Dr. Zalewski.*

Vesely F. Dr.: **O wskazaniach wód gorzkich. (O indikacich hořkých vod)** („*Lékařské rozhledy*“. 1898. Zesz. 3). W wielu klinikach bardzo mało zwracają uwagę uczniów na używanie wód, to też ich potem lekarze młodsi nie zapisują chorym. Autor przedewszystkiem podnosi, jak rzadko zalecają picie wód gorzkich. W szczególności pisze o używaniu nowej wody gorzkiej morawskiej Szaraticy i zbiera szereg wskazań dla niej. W małych dawkach: nawykowe zaparcie żywota, zwłaszcza u ciężarnych; niestrawność u chorych na krwawnice; krwistość i otyłość; żółtaczka nieżytowa; krwawnice; sprawy uporczywe wskutek owrzodzeń błony śluzowej jelit; choroby kobiece rozmaite; rozedma płuc. W większych dawkach: zastarzałe nagromadzenie kału w kiszkach; ostry nieżyt żołądka z przejedzenia się; ostry nieżyt kiszek i kolka; nawały krwi do głowy, zapalenia mózgu, a zwłaszcza zapalenie opon mózgowych u dzieci; drgawki dziecięce z jakiegokolwiek powodu (też w klizmatach); obrzęk i zapalenie płuc, zwłaszcza z początku choroby; przepełnienie piersi pokarmem.

Skuteczność wody gorzkiej nieraz stwierdzono w przypadkach, w których inne lekowanie zawodziło. Przeciwwskazania: u ludzi słabych, z żołądkiem i jelitami zanadto drażliwemi (występują łatwo biegunki) i u niedokrewnych. Próbował również autor wody gorzkiej w durze, w razie zaparcia ciągłego i wzdęcia brzucha i to z dobrym skutkiem.

Celem pracy autora było zwrócić uwagę na zapomniane wody gorzkie, które nigdy nie mogą sprowadzić zatrucia, jak n. p. kalomel.

(U nas powinno się pamiętać, że mamy też znakomitą wodę gorzką w Morszynie, która jest do tego własnością towarzystwa lekarskiego i stanowi fundusz wdów i sierót po lekarzach — ale rozchodzi się bardzo skąpo po świecie..., bo jej nie zapisujemy). (*Przyp. sprawozdawcy*).

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Riether: **Niedrożność jelit u 3-dniowego dziecka wskutek kamieni kałowych**. (*Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 4). R. podaje, że u 3-dniowego dziecka, zupełnie prawidłowo zbudowanego, na 3 dzień po urodzeniu wystąpiły objawy niedrożności jelit, które, pomimo najrozmaitszych środków, nie ustąpiły i dziecko na 6 dzień po urodzeniu umarło. Sekcya wykazała, że przyczyną śmierci były kamienie kałowe. Badania mikroskopowego kamieni nie było, a od otoczenia nie można się było dowiedzieć, czy dziecko, prócz mleka matki, dostawało jeszcze jakie inne pokarmy.

Dr. Zalewski.

Dr. W. Kümmel. **Przyczynki do nauki o symetrycznem schorzeniu gruczołów łzowych i ślinianek (Mikulicz)**, (*Mittheil a. d. Grenzgebieten d. Medic. u. Chirur.* T. II. str. III.) Cierpienie to, mało znane, opisane w r. 1892 przez Mikulicza, nie należy do najrzadszych, kiedy autor zdołał w ostatnich paru latach aż 6 podobnych przypadków obserwować. Objawem stałym jest powolne i niebolesne powiększanie się gruczołów łzowych, lub ślinianek, w różnych kombinacyach. Obrzęk, trwający całymi latami, nie sprawia chorym żadnych innych dolegliwości, prócz oszpecenia, a czasem zaburzeń mechanicznych. Powierzchowne gruczoły okazują wszystkie cechy nowotworów łagodnych. Cierpieniu temu towarzyszą b. często przewlekłe sprawy zapalne na spojówkach i na błonie śluzowej nosa lub jamy ustnej. Domniemywać się jednak wolno, że te sprawy zapalne, poprzedzają brzęknięcie gruczołów i pozostają z niem w związku przyczynowym. Jakieś bliżej nieznane przyrzuty zakaźne, bujające na wspomnianych błonach śluzowych, drogą przewodów wylewających się na daną błonę śluzową, dostają się do odpowiednich gruczołów. Tu powodują ciekawą zmianę. W obwodzie pojedynczych gronek gruczołu, poczyna bujać tkanka limfoidalna, a w miarę jak się rozwija, zanikają charakterystyczne komórki gruczołowe.

W rozpoznawaniu cierpienia tego, dla którego autor proponuje nazwę „achroocytosis“, wykluczyć potrzeba: *lymphoma malignum*, *pseudoleukemia*, *lymphosarcoma*, *leukemia* i wszystkie guzy łagodne.

Rokowanie dobre, co do zdrowia ogólnego; mniej pewne, co do zupełnego wyleczenia sprawy miejscowej.

Wyleczenie, lub znaczną poprawę, osiągano przez wyłuszczenie odpowiedniego gruczołu, przez podawanie na wewnątrz arszeniku, jodku potasowego, jodku żelazowego itp. Spostrzegano, że obrzęk ustępował po przebyciu jakiej ostrej choroby gorączkowej (zapalenie otrzewnej, płuc i t. d.).

Herman.

Dr. W. Hübener: **Przyczynek do nauki o przerzutach ropnych w kościach po durze.** *(Mitteil a. d. Grenzgebiet.* T. II, S. 705). Przeszło w 2 miesiące po przebyciu duru wystąpiły u 14-letniej dziewczynki objawy zapalenia stawu biodrowego prawego. Badanie kliniczne i fotografie Röntgenowskie wykazały, że chodzi tu o oddzielenie się zupełne główki w linii nasadowej i zwichnięcie ku tyłowi. Otwarto staw, oddalono główkę i wyskrobano ziarninę wyścielającą panewkę. Z ziarniny wyhodowano czystą kulturę prątka durowego. Pacyentka ta zmarła później, skutkiem krwotoku z przerwanego naczynia, podczas usiłowań sprowadzenia szyjki do panewki. W tym zatem przypadku prątki durowe wywołały najpierw *osteomyelitis* w linii nasadowej główki kości udowej, która dała powód raz do powstania znacznego wysięku w stawie, który bezpośrednio spowodował tak zw. patologiczne zwichnięcie główki, a sama *osteomyelitis* w linii nasadowej była przyczyną oddzielenia się główki. U nas w kwestyi ropotwórczych zdolności prątka Ebertha pisali Dmochowski i Janowski. W ogniskach przerzutowych prątki E zachowują długo swą żywotność, jak tego dowodzi drugie, jakkolwiek dawniejsze jeszcze spostrzeżenie z praktyki Mikulicza, gdzie ten prątek, jeszcze w $4^1/_2$ lat po przebyciu duru, zachował w ognisku kostnem kości łokciowej zupełną swą jadowitość. *Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Opadnięcie serca (cardioptosis) jest, według profesora Rummo (Palermo) stwierdzonym faktem klinicznym, analogicznym z opadnięciem trzew, nerek itd. Stan ten chorobowy, który opisał pierwszy Szerszewski, polega na osunięciu się serca ku dołowi, zależnem od zwiotczenia wielkich pni naczynnych, do których serce jest przyczepione. Prof. Rummo nie dopatruje widomego związku między osunięciem się serca, a opadnięciem innych narządów trzewnych. Badaniem stwierdza się obniżenie linii stłumienia sercowego, czego następstwem jest stosunkowe obniżenie się pasa wszelkich innych objawów wypukowych i przysłuchowych, a zwłaszcza sprawa ta nabiera wyrazistości, gdy chorego badamy w postawie stojącej. Nieznaczne stopnie obniżenia serca nie wywołują żadnych objawów; znaczniejsze zaś spowodowują przeróżne dolegliwości, które łacno pomięszać można z objawami niedomogi sercowej, jak duszność, uczucie ucisku i udręczenia, bóle piersiowe i przysercowe, kołatanie serca, kaszel napadowy i t. d. W najwyższych stopniach opadnięcia serca, występują zaburzenia groźne, wskutek znacznego załamania łuku wielkich naczyń i braku sprężystości ich ścian: tu możemy spotkać wszystkie objawy organicznej wady serca niewyrównanej. Zadanie lekarza musi się ograniczyć tylko do łagodzenia objawów: zastosowanie pasa na nadbrzusze odgrywa tu ważną rolę. Często wielce pomocnymi bywają leki sercowe, jak naparstnica, kofeina i inne oraz podniecające układ nerwowy: arsen, fosfor, żelazo, strychnina. („La Semaine médicale“, Nr. 24). Kw.

Leczenie zgorzeli samoistnej (zatornej), jako mającej często, według japońskiego lekarza Haga, powstawać wrzekomo na tle kiłowem, powinno być swoiste przeciwkiłowe (wcierki rtęciowe, wstrzykiwania kalomelu, jodek potasowy i t. d.). Miejscowo i zewnętrznie H. stosuje opatrunek przeciwgnilny. Wyniki tego lekowania nie zawsze są dodatnie, utrzymuje Haga, lecz powiodło mu się nie raz wyleczyć chorego, którego stan był rozpaczliwy; dodać jednak należy, że byli to zdeklarowani syfilitycy. („La Semaine médicale“, Nr. 24). Kw.

A. Porges. „Nowa tuberkulina (TR.) w chorobach skóry“ (W. klin. Woch., 1898, 15). Przytoczywszy cały szereg zdań różnych autorów, co do tego nowego przetworu, opisuje P. szczegółowo trzy przypadki liszaja żrącego, leczone nową tuberkuliną na oddziale Prof. Fingera. Na mocy swego doświadczenia przychodzi P. do wniosku, że, przy ostrożnem dawkowaniu, oddziaływanie ogólne ustroju, w przeciwieństwie do dawnej tuberkuliny, jest rzadkiem, że wyleczenia jednak zupełnego nie sprowadza, ani przed nawrotami nie chroni. F. K.

A. Neisser. „Wypryski na wargach ustnych, a wody do ust“. (Ther. Mon. 1898, 2). Autor opisuje cztery przypadki, w których utrzymujące się czas dłuższy wypryski na wargach ust, ustąpiły dopiero wtedy, gdy zabroniono tym chorym płókać usta odolem; dlatego sądzi N., że do płokania jamy ustnej nie należy używać olejków eterycznych, które łatwo skórę zadrażniać mogą. F. K.

Lalande mówił w „Société de biologie“ o nowym sposobie leczenia kiły, który polega na wstrzykiwaniu istoty, otrzymanej przez macerowanie nasad rogowych świeżo zabitych cieląt w 1% rozcz. soli kuchennej, w ciepłocie 25—30°. Po odstaniu się tej cieczy, przez kilka miesięcy, powstaje żółty jasny płyn, o słonym smaku, który zawiera dużo żelatyny i soli kuchennej, obok drobnych ilości fosforanu i siarkanu wapniowego i śladu siarkanu potasowego. Płyn ten wstrzykuje L. co 8 dni (czasami częściej) w ilości 1—3 sz. ctm.; po 10—30 wstrzykiwaniach zmiany zupełnie ustąpiły, a przypadki, w ciągu dwóch lat spostrzegano, dowodzą braku nawrotów. Wyniki dodatnie przypisuje autor działaniu sztucznej surowicy i swoistemu wpływowi istot wyciągowych keratyny na komórki skóry i błony śluzowej, przez co te stają się odporniejszemi na jad kiłowy. (Presse med. 1898, 22). F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 20-go kwietnia 1898.

Przewodniczący kol. prezes Jakubowski. Obecnych członków 34.

I. Przewodniczący zawiadamia Zgromadzenie o czynnościach komisyi dla budowy własnego domu i przedstawia wniosek Komitetu, odnoszący się do nabycia gruntu pod budowę.

W imieniu Komitetu i Komisyi budowy własnego domu wniosek ten uzasadnia kol. prof. Mars.

Wniosek ten brzmi: Towarzystwo lekarskie krakowskie, zgadzając się z propozycyą Komisyi dla budowy własnego domu, uchwala wnieść podanie do Rady m. Krakowa o odstąpienie kawałka gruntu przy ulicy Radziwiłłowskiej, położonego między tą ulicą, a wałem kolejowym. Uchwalono jednogłośnie.

II. Kol. prezes podaje do wiadomości członków list Komitetu gospodarczego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, w którym Komitet ten zapytuje o najdogodniejszy termin Zjazdu. Zgodnie z wnioskiem Komitetu uchwalono, że najstosowniejszym terminem jest ostatni tydzień lipca lub pierwszy tydzień sierpnia.

III. Kol. przewodniczący uwiadamia następnie, iż sprawa dyżurów nocnych o tyle postąpiła, że zapisało się już 22 kolegów, chętnych do pełnienia dyżurów. Wobec tego uchwalił Komitet zwołać zebranie interesujących się tą sprawą kolegów na dzień 27-my kwietnia b. r., jako na posiedzenie nadzwyczajne Towarzystwa, celem ostatecznego ukonstytuowania się w odrębną, od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego niezależną, korporacyę.

IV. Następnie przedstawił kol. Doc. Dr. Nowak przypadek pęknięcia tętnicy głównej.

Przypadki pęknięcia jednej lub więcej warstw ściany tętnicy głównej nie należą do rzadkości. Krew w takim razie przedostaje się, albo między błonę wewnętrzną i średnią, lub średnią i zewnętrzną, rozdziela te warstwy ściany tętniczej na mniej lub więcej znacznej przestrzeni i w ten sposób powstaje to, co nazywamy „aneurysma dissecans“, lub lepiej „haematoma intraparietale“. Pęknięcia te najczęstsze są w łukowej części tętnicy głównej, a zejście ich jest zwykle tego rodzaju, że po pewnym czasie pęka wreszcie i reszta ściany tętniczej i to najczęściej w obrębie worka osierdziowego, w następstwie czego ten ostatni napełnia się krwią.

W tych dniach, przy jednej z sekcyi, znalazł kol. Nowak podobny przypadek, który jednak w niektórych szczegółach różni się od podanego powyżej szematu.

Przedarciu uległa tu tak wewnętrzna, jak i średnia warstwa ściany części wstępującej tętnicy głównej, na wysokości jakich 3 ctm. ponad ujściem tętniczem komory lewej, a warstwy te pękły okrężnie w całym obwodzie na około światła tętnicy głównej tak, że w tem miejscu serce i mały odcinek tętnicy głównej stoi w związku z resztą układu tętniczego tylko za pośrednictwem nienaruszonej warstwy zewnętrznej. Pęknięcie to jest prostolinijne i tylko w jednem miejscu odchodzi od niego, w bok, ku górze, szczelina podłużna, długa na 1·5 ctm.

Krew przedostała się między warstwę średnią i zewnętrzną tak, że w całej wstępującej i w części łuku tętnicy głównej, między temi dwoma błonami, znajdujemy warstwę skrzepłej krwi, a oprócz tego, ponieważ tętnica płucna znajduje się tutaj w ścisłym związku z pniem tętnicy głównej, przedostała się krew i po pod warstwą zewnętrzną tej pierwszej i tkankę otaczającą na zewnątrz; średnią warstwę tętnicy płucnej znajdujemy naciekłą krwawo. I tu ostatecznie przyszło do pęknięcia warstwy ograniczającej ognisko krwotokowe na zewnątrz i to w obrębie worka osierdziowego, ale przedarciu, w tym przypadku, nie uległa warstwa zewnętrzna tętnicy głównej, lecz tętnicy płucnej i podczas, gdy krew wydostała się na zewnątrz łożyska tętnicy głównej, wskutek przedarcia się ścian tego naczynia, to do worka osierdziowego dostała się ona znów w następstwie pęknięcia błony zewnętrznej tętnicy płucnej i worek osierdziowy znalazł kol. N. wypełniony krwią częścią skrzepłą, częścią płynną. Dodać należy, że oprócz głównego, okrężnego pęknięcia, znajdujemy na szczycie łuku tętnicy głównej jeszcze drugie, nieznaczne, nieregularne przedarcie dwóch warstw wewnętrznych ściany tegoż naczynia. W błonie wewnętrznej tętnicy głównej, znajdują się nieznaczne zmiany miażdżycowe w postaci płaskich nacieków, a lewa komora jest przerosła, dla któregoto jednak przerostu nie znajdujemy podstawy anatomicznej.

Co do danych klinicznych, które zawdzięczam uprzejmości kol X. Gorskiego, to chora zgłosiła się do szpitala dnia 7-go kwietnia b. r. z objawami uczucia ściskania w okolicy serca, i z bólami napadowymi w piersiach, rozpromieniającymi się ku bokowi lewemu.

Badanie fizyczne nie wykazywało żadnych znaczniejszych zmian, tylko nad tętnicą główną stwierdzono dwa szmery, zresztą tony były głuche, akcya serca regularna, granice stłumienia nieco we wszystkich rozmiarach powiększone.

Stan ten trwał do 17-go kwietnia, w którym to dniu chora dostała nagle napadu duszności, wystąpiła sinica, oddychanie odbywało się według typu Cheyne-Stockesa i po kilkunastu godzinach nastąpiła śmierć.

Jasnem jest, że chora zgłosiła się do szpitala już z kolistem pęknięciem tętnicy głównej, objawy, a mianowicie duszność i bóle pochodziły od ucisku, jaki wynaczyniona krew wywierała na splot sercowy. Wreszcie dnia 17-go kwietnia przyszło do pęknięcia zewnętrznej warstwy tętnicy płucnej w obrębie worka osierdziowego, do pęknięcia przysierdzia i do powolnego wypełnienia się krwią worka osierdziowego, co spowodowało śmierć.

Tę okoliczność, że tętnica główna pękła okrężnie w całej swej szerokości, nasuwa przypuszczenie, że powodem pęknięcia był prawdopodobnie uraz tępy, zadany w piersi, wywiady jednak kliniczne nic w tej mierze nie wykazują. (Streszczenie własne).

V. Kol prof. B r o w i c z wyłożył rzecz: O mięsieniu wewnętrznem błony śluzowej jamy nosowej i nosowo gardłowej.

Prelegent zwraca uwagę na znaczenie stanów chorobowych jamy nosowej i nosowo-gardłowej, ważnych same przez się, jakoteż ze względu na narząd słuchowy i wzrokowy. Podnosi niedostateczność zwykle używanych sposobów leczniczych w postaci wsiąkiwań, przepłókiwań różnej jakości rozczynami, zadmuchiwań proszkami, pędzlowań itd. Wyniki takiego leczenia, a każdy, zajmujący się leczeniem tych stanów chorobowych, potwierdzić to może, są bardzo niekorzystne, co utrudnia a nawet wprost iluzorycznem czyni leczenie, a raczej wyleczenie, następowych stanów chorobowych jamy bębenkowej. Sposoby te nie tylko nie usuwają, często nie łagodzą, stanu chorobowego jamy nosowej i nosowo-gardłowej, lecz nawet niekiedy go pogarszają.

Galwanokaustyka lub jej surogaty, jak kwas chromowy i trójchlorooctowy, jakkolwiek bardzo skuteczna, ogranicza się do stosunkowo rzadszych przypadków, w których obrzmienia odnoszą się do małych odcinków błony śluzowej, a nie może być użyta bez szkody dla chorego w najczęstszych przypadkach rozlanych zmian błony śluzowej jamy nosowej.

Wielka też zasługa Brauna, później Lakera, iż zastosowali, do leczenia stanów chorobowych jamy nosowej i nosowo gardłowej, mięsienie, która to metoda lecznicza, co prelegent na podstawie własnego doświadczenia stwierdził, jest w wielu przypadkach skuteczną, bez porównania skuteczniejszą aniżeli sposoby lecznicze, powszechnie dotąd używane.

Przy sposobności zwraca prelegent uwagę na niestosowność nazwy polskiej „mięsienia drgawkowego“, a jest za zatrzymaniem obcego wyrazu „wibracyjne“ lub wreszcie „drganiowe“, jakkolwiek nazwę ogólniejszą, jaką Laker wprowadził, mięsienia wewnętrznego, w przeciwstawieniu do mięsienia zewnętrznego Kellgrena, uważa za odpowiedniejszą, ze względu na to, iż mięsienie nie zawsze jest wibracyjnem w ścisłem tego słowa znaczeniu, a nawet często być niem nie może. Odstąpił też prelegent od sposobu wykonywania ruchów, drgań, podanego przez twórców tej metody leczniczej Brauna i Lakera i, zdaje się, ogólnie przestrzeganej, t. j. udzielania ruchów, drgań sondzie przez ruchy w stawie łokciowym przy skurczu mięśni ramienia, a nieruchomości stawu nadgarstkowego. Prelegent trzyma odnogę zupełnie swobodnie zgiętą w stawie łokciowym nieruchomie, a nadaje ruch sondzie ruchami w stawie nadgarstkowym. Sposobem tym swobodniej, bez znaczniejszego utrudzenia się, można wykonywać ruchy częste i regularne. Prelegent przekonał się jednak, iż skuteczne mięsienie nie zależy od częstości i regularności ruchów, co w ostatniej swej pracy sam Laker przyznaje, powiadając, iż za wiele wagi przywiązywał do częstości i regularności ruchów. Zależy to bardziej, a raczej wyłącznie, od obmacania niejako, delikatnego, lekką ręką dokonanego mechanicznego działania na całą błonę śluzową, o ile możności na wszystkie zaułki jamy nosowej. Ruchy nie muszą być koniecznie wibracyjne, posuwanie wacika po błonie śluzowej, pocieranie jej, lekkie uderzanie końcem sondy, często wystarcza, co zależy od przypadku i indywidualnej wrażliwości chorego.

Ruchy wibracyjne nie zawsze mogą być systematycznie wykonywane, bo przeszkadzają temu i czynią je wprost niemożliwymi nierzadko spotykane wygięcia i skrzywienia przegrody nosowej, listwy kostne na niej, różna wielkość i zboczenia kształtu dolnej muszli, jakość zgrubienia błony śluzowej.

W formie przerostowej, a właściwie, zdaniem prelegenta, obrzękowej nieżytu przewlekłego, gdy błona śluzowa jest ciastowata, miękka, a sonda zagłębia się jak w poduszkę, jakoteż gdy w ciągu pierwszych posunięć sondy błona śluzowa kurczy się, ściąga jak pod wpływem kokainy, co w czasie mięsienia, przy oświetleniu jamy nosowej, widzieć można (w ten sposób, idąc za Braunem, prelegent masuje, nie na ślepo, jak to Laker czyni i zaleca), wynik mięsienia bywa pomyślny i stosunkowo szybki tak, iż na podstawie stwierdzonego powyższego szczegółu z góry zapowiedzieć można pomyślny wynik leczenia.

Wpływ pomyślny na obrzmiałą błonę śluzową, która klęśnie, na ilość i jakość wydzieliny w formie obrzękowej, tak jest niekiedy szybki, iż zwraca odrazu uwagę chorego i żadnym innym sposobem leczniczym uzyskać go nie można.

Żmudniejszem, dłuższem jest leczenie postaci zanikowej, jakkolwiek i w tych razach, a nawet w tak uporczywej, prawie nieuleczalnej, ciężkiej formie, jaką jest *ozaena*, polepszenie, złagodzenie nawet znaczne uzyskać można.

Wbrew twierdzeniu Lakera podaje prelegent, iż przez nos nietylko boczne ściany, jakoteż część nosowa tylnej ściany gardła mięsieniu poddane być mogą, ale także w bardzo wielu przypadkach strop jamy nosowogardłowej, jeżeli się sondę naturalnie odpowiednio cienką i giętką wprowadza przez przewód nosowy środkowy, przez co oszczędza się choremu przykrego powtórnego mięsienia przez jamę ustną.

Prelegent gorąco poleca stosowanie mięsienia wewnętrznego w przewlekłych stanach chorobowych jamy nosowej i nosowogardłowej jako najpewniejszą, jakkolwiek nie uniwersalną metodę leczniczą. (Streszczenie własne).

Sekretarz doroczny:
Dr. Xawery Gorski.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Dwudzieste piąte sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie.

Ćwierć wieku jest tym okresem czasu, który wystarcza, ażeby wszelka instytucya usprawiedliwiła potrzebę swego istnienia, złożyła dowody żywotności i wzbudziła u ogółu wiarę we własne siły dalszego rozwoju. Działalność Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie, w okresie

sprawozdawczym, rozwijała się w oczach kraju; ogół lekarski stykał się z tą instytucyą, chociażby tylko ze względu na nauczanie pedyatryczne, z nią związane: więc nie będziemy iść krok w krok za sprawozdaniem, ani roztaczać obrazu, przedstawiającego historyczny rozwój Towarzystwa, jego rozrost materyalny, rozszerzenie działalności humanitarnej itd.; czyny i liczby są wymowniejsze i więcej przekonywające, niż słowa: więc zaznaczamy tylko, że w ciągu ubiegłego 25 lecia, obok pierwotnego, macierzystego, budynku stanął pawilon dla chorób zakaźnych tak, że obecnie szpital św. Ludwika rozporządza 120 łóżkami i, po ostatecznem zorganizowaniu oddziału chirurgicznego, rezerwowego (dla chorób ocznych i skórnych) i oddziału dla chorych niemowląt, karmionych piersią, liczy wszystkich oddziałów pięć.

Do końca roku 1897 leczono w szpitalu św. Ludwika, w okresie sprawozdawczym, 20,155 dzieci, udzielono 72,904 porad ambulatoryjnie.

Przejęte troską o zdrowie dzieci i po za szpitalem, oraz kierowane umysłem, głęboko wglądającym w potrzeby sanitarne społeczeństwa, założyło Towarzystwo kolonię leczniczą dla dzieci skrofulicznych w Rabce, gdzie w 3 zmianach, po 40 dzieci, w ciągu 4 miesięcy, korzysta rocznie z dobrodziejstwa zdrojowo-klimatycznego leczenia 120 dzieci skrofulicznych. Od dnia założenia lecznicy, do końca roku sprawozdawczego, odbyło 6 tygodniową kuracyę ogółem 708 dzieci.

Nie rozporządzając obfitością miejsca, zmuszeni jesteśmy odesłać do oryginału czytelnika, chcącego zapoznać się ze szczegółami, dotyczącymi części ściśle lekarskiej i administracyjnej, oraz życzącego rozpatrzeć się w źródłach dochodów, obowiązujących umowach itd.

Towarzystwo opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie cicho obchodziło rocznicę 25-lecia swej owocnej pracy, powiedzielibyśmy — po domowemu; dzień ten wyróżnił się przybyciem do szpitala św. Ludwika komitetu z przewodniczącym J. E. Dr. J. Dunajewskim, wysłuchaniem Mszy św., którą w kaplicy szpitalnej odprawił protektor Towarzystwa, książe Biskup krakowski i odsłonięciem tablicy erekcyjnej w głównym przedsionku szpitala.

Jak arcydzieło pędzla potrzebuje stósownych ram, tak i każde wzniosłe, a zwłaszcza miłosierne, dzieło ludzkie, wymaga odpowiedniego, harmonizującego z niem, tła. To zrzeczenie się komitetu Towarzystwa wszelkiej głośniejszej uroczystości, usunięcie swych osób po za uczynki i czyny, ta skromność, prostota, to są najpiękniejsze ramy do obrazu 25-letniej miłosiernej działalności Towarzystwa, którą społeczeństwo przywykło otaczać wielką czcią, a wdzięczność swą powinno okazać wzmożonem poparciem ofiarnem.

A. K.

---

* Proces w sprawie brunświckiego prymaryusza Dra Seidla został zakończony i daje powód dziennikom niemieckim do poważnych uwag. Ze stanowiska zawodowego obchodzi ta sprawa cały świat lekarski i z tego względu zasługuje na wzmiankę i w naszem piśmie.

Dnia 6-go listopada 1895 r. asystenci Dra Seidla, prymaryusza oddziału chirurgicznego w książęcym szpitalu brunświckim, oskarżyli swego przełożonego o wykroczenia przeciw zasadom sztuki lekarskiej i o zaniedbywanie obowiązków prymaryuszowskich. Na podstawie tego oskarżenia ministerstwo, bez poprzedniego przesłuchania, zawiesiło Dra Seidla w urzędowaniu, a jednocześnie poleciło wytoczyć mu sprawę dyscyplinarną i sądową. W liście do braci oświadczył oskarżony, że jest wprawdzie w stanie odeprzeć wszystkie zarzuty, zawarte w oskarżeniu, lecz znękany wszelkiemi przeciwieństwami, usuwa się z pola walki i dnia 8-go listopada 1895 r. odebrał sobie życie, a braciom poruczył swoją cześć, aby ją oczyścili od wszelkich niesprawiedliwych oskarżeń. Wezwani, gorąco się wzięli do testamentarnie poruczonego sobie zadania, a trud ich został w pełni uwieńczony, gdyż sąd oczyścił pamięć Dra Seidla od wszelkiej winy, a oskarżenie asystentów uznał za nieuzasadnione.

W toku procesu bracia Dra Seidla nazwali postępowanie asystentów denuncyatorskiem i oszczerczem: za te wyrazy prokuratorya wytoczyła im sprawę karną: tego już zanadto było mieszkańcom nie tylko miejscowym, lecz i dalej zamieszkałym; tłumy otaczały gmach sądowy, opinia ogólna ujęła się za oskarżonymi braćmi i demonstracyjnie wyraziła swą radość, gdy i ta sprawa zakończyła się niekorzystnie dla asystentów Dra Seidla.

Nie tylko ze stanowiska etyki koleżeńskiej krok asystentów Dra Seidla jest ohydny: człowiek, który nie może przeżyć takiego przeciwieństwa, jak oszczercze oskarżenie, taki bowiem był wynik dochodzenia śledczego, jest już nieprawidłowym, a bardzo być może, że jest w przededniu wybuchu jakiejś choroby układu nerwowego; więc jeśli i popełnia w czynnościach swoich pewne niedokładności, opuszcza się, to zmysł koleżeństwa powinien był wskazać jego pomocnikom i kolegom drogę dopomożenia, zastępstwa, zresztą przestrzeżenia bezpośredniej władzy lekarskiej itd., a nie oskarżenia, nie rzucenia potwarzy.

Ciężkie życie, które sobie wytworzyli niekoleżeńscy asystenci Dra Seidla wobec oburzonej opinii publicznej, potępienia przez niemiecką prasę lekarską, a wątpić nie należy i wyrzutów sumienia, jest zasłużoną karą dla nich, a przestrogą dla ogółu lekarzy wszystkich krajów i narodów, jak ciężko mści się wszelkie naruszenie elementarnych praw etyki koleżeńskiej.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 12 Maja.

VIII my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 8—10 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami:

Dr. Steinhaus z Warszawy: 1) Przypadek *retinitis albuminurica* z całkowitem obustronnem odklejeniem siatkówki.

2) *Neuroepithelioma retinae mixtum.*

3) Odklejanie siatkówki. Badania doświadczalne.

Dr. Kurtz Stanisław z Warszawy:

1) O zastósowaniu gorącej pary w praktyce ginekologicznej.

Dr. Jaworski Józef z Warszawy:

1) W sprawie rokowania zejścia i leczenia pewnych zachorowań przydatków macicznych.

2) Temat zastrzeżony.

Prof. Prus ze Lwowa:

1) O patogenezie epilepsyi.

2) O umiejscowieniu środków ruchomych w korze móżdżka.

Dr. Stankiewicz z Warszawy:

1) Uwagi praktyczne przy kruszeniu kamieni moczowych.

2) Trudności radykalnego operowania nowotworów pęcherza moczowego z demonstracyą.

3) Ważność cystoskopii przy rozpoznawaniu siedliska krwiomoczu (haematuria).

4) Korzyść wczesnego wyłuszczenia kości skokowej (astragalus) przy zajęciu gruźliczem stawu skokowego.

Dr. B. Motz, asystent kliniki profesora Guyona z Paryża:

1) O najnowszych teoryach przerostu gruczołu krokowego.

2) Sześćdziesiąt przypadków nowotworów pęcherza. Studyum kliniczne i anatomopatologiczne.

3) O roponerczu.

Dr. L. Szuman (Toruń).

1) O wynikach doszczętnych operacyj przepukliny.

2) O leczeniu dolegliwości pęcherzowych, wynikających z przerostu gruczołu krokowego.

Ze względu, że już teraz zgłosiło się wielu uczestników z odczytami treści doświadczalnej, wyznaczone będzie, podczas Zjazdu, jedno posiedzenie wyłącznie dla odczytów, połączonych z doświadczeniami.

* *Zjazd chirurgów polskich* w tym roku połączy się z sekcyą chirurgiczną Zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu.

Prof. Rydygier
przewodniczący Zjazdów chirurgów polskich.

* »Kuryer codzienny« podaje radosną nowinę o rozpoczęciu wydawnictwa »Słownika języka polskiego«. Nazwaliśmy tę wiadomość radosną, gdyż słownik Lindego i Wileński są już bibliograficzną rzadkością i nieodpowiadają dzisiejszemu bogactwu języka polskiego. Łudziliśmy się długo, że dzieło tej doniosłości wyjdzie z krakowskiej Akademii Umiejętności, od której lata całe wyczekiwaliśmy ostatecznego słowa w sprawie pisowni i słownictwa; lecz nazwiska ludzi, którzy w swe ręce wzięli tę wielką pracę, duch obywatelski wiejący z »zapowiedzi« wydawnictwa, każą najlepiej wróżyć o przyszłym Słowniku.

Piszemy tę notatkę głównie ze względu na tę okoliczność, że Słownik obejmie i wyrazownictwo chemiczne, które opracował p. Bronisław Znatowicz, oraz lekarskie ułożone przez dra Józefa Peszke. Wiadomo powszechnie, że Komisya terminologiczna krakowskiego Towarzystwa lekarskiego postąpiła znacznie w przygotowaniu materyału do wydania »Słownika terminologii lekarskiej polskiej« i że VI-ty Zjazd lekarzy i przyrodników polskich uchwalił rezolucyę, ażeby przyszły Słownik krakowski został ułożony na podstawie, że się tak wyrazimy, kompromisu i uzyskanej zgody wszystkich dotychczas różniących się między sobą czynników. To zalecenie VI-go Zjazdu, będące w zupełnej zgodzie z intencyami krakowskiej komisyi terminologicznej, jest jednocześnie dla niej postulatem kierowniczym. Owoż jeśli do ogólnego »Słownika języka polskiego« wejdzie wyrazownictwo lekarskie i chemiczne bez poprzedniego jego ujednostajnienia, to upokarzający chaos w terminologii naszej dziesiątki następnych lat trwać będzie. Mamy jednak rękojmię w osobach, które kierują tą sprawą w Warszawie i Krakowie, że dojdą one do porozumienia i usuną tę rażącą nieprawidłowość, która dotkliwie obraża pojęcie jedności duchowej naszego narodu.

* Jak wiadomo, surowicę przeciwbłoniczą, jeśli ma być skuteczną, należy stosować o ile możebne najwcześniej. Zasada ta trafia na wielkie trudności w miejscowościach oddalonych od źródła wyrabiania surowicy. Przyklasnąć więc należy uchwale bocheńskiej Rady powiatowej, która, na wniosek Dra Cz. Gorskiego, przeznaczyła roczny ryczałt na zakupno surowicy i rozdanie jej między lekarzy w powiecie, a to w celu stosowania jej u chorych ubogich. Do tak pomyślnego rozwiązania tej sprawy wielce przyczynia się oświadczenie prof. Bujwida, który podejmuje się, w razie zażądania, wymieniać surowicę zmętniałą na świeżą. Ufajmy, że Rada powiatowa bocheńska znajdzie naśladowców.

* Rosyjski minister spraw wewnętrznych zatwierdził ustawę zawiązującego się »Towarzystwa higienicznego warszawskiego«. Pierwsze posiedzenie organizacyjne członków założycieli odbędzie się w ciągu m. Maja.

* Dziekan Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze fizyologii z płacą roczną 600 złr. — od 1 czerwca b. r. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 15 maja, 1898 r.

(K.) Z powodu licznych zapytań Administracya Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie podaje do wiadomości, że prenumeratorem Wydawnictwa może być każdy lekarz, przyrodnik, lub słuchacz Wydziału lekarskiego, który wnosi roczną składkę w kwocie 2 złr. w. a. Członkiem czynnym Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich staje się ten, kto, obok wkładki rocznej 2 złr., jednorazowo wnosi, tytułem wpisowego, 10 złr. w. a.

Tak członkowie czynni, jako też prenumeratorowie mają prawo do otrzymywania bezpłatnego premij rocznych.

Adres Administracyi: Dr. Stanisław Kwiatkowki, Kraków, klinika lekarska.

* W Pradze czeskiej zawiązał się Komitet dla obesłania VIII go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Przewodniczącym Komitetu wybrany został Dr. Hlava, sekretarzami: prof. Chodounský i Dr. Heveroch, skarbnikiem doc. dr. Haškovec — członkami: prof. Janowský, prof. Maixner, prof. Maydl, dr. Nečas, dr. Panyrek, doc. Pešina. dr. Veselý, dr. Vlasák.

Ten udział lekarzy bratniego narodu, tak poważnie zapowiadający się, nada Zjazdowi poznańskiemu więcej doniosłości i przysporzy znaczenia.

* Dr. Ullmann, docent chorób skórnych i kiłowych w Uniw. wiedeńskim, uprasza nas o doniesienie, że i w roku bieżącym podczas sezonu letniego ordynować będzie w Badenie pod Wiedniem.

Mianowania. Namiestnik zamianował koncypistami sanitarnymi następujących asystentów sanitarnych: Dra Tadeusza Milewskiego w Horodence, Dra Edwarda Piotrowskiego w Rudkach, Dra Leona Fuchsa w Pilźnie i Dra Antoniego Biesiadzkiego w Bohorodczanach.

Nekrologia. Dr. Stanisław Wojcicki, wychodźca z r. 1848, urodzony w b. województwie krakowskiem, szkoły średnie ukończył w Kielcach, a uniwersytet — w Dorpacie, żołnierz polski z roku 1831, lekarz legionu generała Zamoyskiego podczas wojny krymskiej, zmarł w Plojesztach (Rumunia) w 83 r. życia. Dr. Władysław Dalbor, lat 36, zmarł w Trzemesznie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 5: Dra Nusbauma H.: O ważności wykształcenia filozoficznego dla lekarzy. Dra Higiera: W kwestyi etyologii i istoty nerwic czynnościowych. Dr. Peszke: Wojciech Oczko jako chirurg. Dr. Zahorskiego: Dr. Julian Titius (wspomnienie pośmier.). Dr. Biegańskiego W.: Dr. Dawid Wassercug (wspomnienie pośmiertne). W *Zdrowiu* Nr. 152: artykuł wstępny o postępach higieny. Dra Nowaka J.: Miasto powiatowe Garwolin pod względem zdrowotnym. Dra Buszka (Kraków): Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za rok 1896 (c. d.). Dra Polaka: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych. W *Medycynie* Nr. 19: Doc. Korczyńskiego L.: Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacyi klimatycznej dla chorych gruźliczych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 19: Dr. Puławskiego A.: Kilka słów o różyczce. Dr. Dydyńskiego L.: Komórka nerwowa w świetle badań najnowszych.

Redakcya otrzymała:

— Dr Sieradzki: O tak zwanej przemianie tłuszczowej zwłok. Kraków, 1898).

— Tenże: Kasuistische Mitteilungen aus dem gerichtsärztlichen Institute der k. k. Uniwersität in Krakau.

— Dr. Spira: Menière'sche Symptome (odbitka z »Bibliothek der Gesammten Medic. Wissenschaften«).

— Dr. Jaworski Józef: Przypadek niedorozwoju przewodu rodnego (odbitka z »G. L.«.) Warszawa, 1898.

— Dr. Ciechanowski S. i Urbanik R.: Materyały do geografii wola i matołectwa w Galicyi. Kraków, 1898.

— Prof. Dr. Trzebicky R.: Zabiegi chirurgiczne w chorobach żołądka Kraków, 1898.

— Dr. Majewski K.: Ueber frisch gelöschten als eine Wärmequelle in der Krankenpflege (odbitkta). Berlin, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 18-go Maja, to jest we środę o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym wygłoszą odczyty:

1) Kolega Prof. Dr. Obaliński przedstawi chorego, u którego z powodu nerwobólu w zakresie nerwu trójdzielnego usunął *Ganglion Gasseri.*

2) Kolega Prof. Dr. Browicz: wyłoży rzecz: O zjawiskach krystalizacyi komórki wątrobnej.

Do numeru niniejszego dołącza się dodatek:

1) **List otwarty Dra M. Cerchy.**

2) **Prospekt pensyonatu w willi „pod trzema Różami" w Krynicy.**

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków 21. Maja 1898. Nr. 21

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z prosektoryum sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Kilka luźnych spostrzeżeń

podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,

docent anatomii patologicznej i asystent Uniw. Jagiell.

III. Przyczynek do sprawy błędów lekarskich.

Rzecz, którą zamierzam pokrótce tutaj streścić, wywołała przed kilku miesiącami tak gorące rozprawy w lekarskich dziennikach francuskich i takie niezwykłe poruszenie wśród ogółu, że echa jej przedarły się aż do dzienników politycznych i że nie jest ona z pewnością obcą znacznej części czytelników „Przeglądu“. Jeżeli mimo to ją poruszam, to robię to w przekonaniu, iż omówienie tej sprawy nie będzie bez pewnej korzyści, ponieważ same już spory, rozbudzone głośnem zajściem, wskazują, iż były w grze zagadnienia niełatwe i ciekawe. Obecnie, kiedy zapadł już wyrok sądowy, a burza dziennikarska przycichła, łatwiej zebrać szczegóły sprawy ściśle według wyników śledztwa i rozprawy; a przedmiotowy rozbiór zagadnienia nie nastręcza już tych trudności, jakie sprawiało w pierwszej chwili przeniesienie sporów z pola naukowego na pole społeczne i podsunięcie w miejsce dowodów, bądź to szeregu przypuszczeń, bądź haseł koleżeństwa zawodowego.

Przebieg sprawy był w ogólnych zarysach następujący:

Żona rzemieślnika Fr.. przebyła 5 ciężkich porodów. Piąty poród, przed dwoma laty, wymagał pomocy lekarskiej; wezwany wówczas Dr. B. stwierdził zwężenie miednicy i ukończył poród sztucznie; dziecko do dziś dnia żyje. W roku zeszłym szósta ciąża; 11. września 1897 w nocy wezwano lekarza, ponieważ poród przeciągał się już 36 godzin.

Lekarz ten, Dr. Lap...., był jednym z tych młodych ludzi, którzy ofiarują swoją pomoc dla uboższej ludności, w nagłych przypadkach zachorzeń w nocy, za pośrednictwem posterunków policyjnych. Dr. L. ogłaszał się, jako położnik, chociaż w tej gałęzi nie kształcił się odrębnie; sam zeznaje, że wymóżdżenie wykonywał przedtem tylko na... fantomie i że w swojem życiu dwa razy samodzielnie poród przeprowadził. Mąż jednej z tych chorych, C., podobnie, jak wielu leczonych przez Dra L., zaznacza w zeznaniach zręczność, sumienność i poświęcenie Dra L. Młody lekarz walczył z nędzą; nie mógł się nawet zdobyć na zakupienie potrzebnych narzędzi, a z położniczych posiadał tylko kleszcze!

Do rodzącej Fr... przybył Dr. L. z tem jedynem narzędziem, jakiem rozporządzał, a zbadawszy chorą, oświadczył, że należy użyć kleszczy. Uśpiwszy chorą zapomocą chloroformu i powierzywszy dalszy nadzór nad usypianiem położnej, oddalił Dr. L. otoczenie chorej do sąsiedniej izby, pozostawiając drzwi otwarte. Wskutek tego zeznania świadków są chwiejne i niepewne; mimoto sąd uznał je przeważnie za wystarczające dowody obciążające. Stwierdzono na pewno, że Dr. L. odwietrzył kleszcze zapomocą gotowania w wodzie; natomiast wątpliwą jest rzeczą, czy istotnie wprowadzał łyżki kleszczy bez ochrony ręką; położna bowiem (jedyny świadek, który znajdował się w pobliżu), zeznaje pod tym względem na niekorzyść Dra L., jednakże sama dodaje, że zajęta usypianiem chorej, nie mogła dobrze wszystkiego widzieć. Rodzącą umieścił Dr. L. na łóżku poprzecznem, wsparłszy jej nogi na krześle, przystawionem do brzegu łóżka; ponieważ jednak nie stwierdzono dostatecznie, jakie to było krzesło, przeto niewiadomo, czy istotnie, jak twierdzi oskarżenie, nogi chorej były zwieszone. W czasie pociągania kleszczy nogi chorej spadły z krzesła; położna poprawiła położenie chorej z pomocą jej męża. Po trzechkrotnych daremnych usiłowaniach ukończenia porodu zapomocą kleszczy, oświadczył Dr. L., że poród można ukończyć tylko przez wymóżdżenie i zażądał jakiegokolwiek kończystego narzędzia. Z przyniesionej mu paczki narzędzi rzemieślniczych wybrał iglicę, służącą do zszywania materaców; jest to narzędzie długości $21^1/_2$ centymetrów, przy końcu spłaszczone, i stanowiące przez to rodzaj obosiecznego noża, szerokości 5 milimetrów, a zarazem lekko na płask zagięte; dłuższa część zakończona uszkiem, jest prostym, cienkim, okrągłym prętem stalowym. W obec niepewnych zeznań świadków nie wyjaśnia się ani ze śledztwa, ani z rozprawy, czy Dr. L. iglicę tę przed użyciem odwietrzył, czy nie. Podobnież nie jest rzeczą pewną, czy narzędzie to wprowadzał pod ochroną ręki, czy też na ślepo, rozchyliwszy tylko wargi sromne; najważniejszy świadek, t. j. położna, chwieje się w swych zeznaniach, oświadczając w końcu przy rozprawie, że »jak jej się zdaje«, Dr. L. wprowadzał iglę pod ochroną jednego palca. W śledztwie miał zeznawać Dr. L., że nie wiedział dobrze, z jakim wynikiem użył igły i że zaniedbał ponownem badaniem sprawdzić skutek zabiegu; przy rozprawie zaś zaprzecza temu, twierdząc, że w śledztwie podchwycono jego słowa w chwili, gdy nie panował nad sobą. Cofnąwszy iglę, pochwycił Dr. L. dłuto i młotek, i zabierał się do użycia tych narzędzi na główce płodu, lecz otoczenie chorej odebrało je lekarzowi z rąk. Zdaje się, że w czasie wszystkich zabiegów, zmierzających do wymóżdżenia, główka płodu nie była dostatecznie od zewnątrz ustalona, czem na polecenie Dra L. miała się, według jego zeznań, zajmować położna. Tymczasem rodząca poczęła się budzić z uśpienia, Dr. L. zaś, założywszy ponownie kleszcze, wydobył w końcu płód, poczem oddalił się i wcale chorej później nie odwiedził.

Na zaznaczenie zasługuje, że według zgodnych zeznań świadków, był Dr. L. w czasie wszystkich swych czynności nadzwyczaj poruszony i pomieszany, że stracił w końcu zupełnie panowanie nad sobą i że zarówno w śledztwie, jak przy rozprawie, wzrusza się łatwo, wypada z równowagi, plącząc się i mieszając w wyjaśnieniach i zachowując się bardzo nerwowo.

Nazajutrz po zabiegach, dokonanych przez Dr. L., wystąpiły u położnicy objawy zapalenia otrzewnej; za radą Dr. B., który już dawniej chorą leczył, oddano ją do szpitala, gdzie umarła 14-go września 1897 r.

Najważniejsze wyniki sekcyi, dokonanej z polecenia sądu w 6 dni później, opiewają dosłownie:

Przed otwarciem zwłok zmierzono palcem wskazującym wymiar łonowo-krzyżowy (c. d.); w ten sposób obliczono wymiar prosty wchodu miednicy (c. v.) na $9^1/_2$ ctm., potrąciwszy grubość kości łonowej. Po otwarciu jamy brzusznej, znaleziono, w okolicy prawej zatoki biodrowej, płyn mętny cuchnący; pętle jelitowe w tej okolicy zaczerwienione, przekrwione, połączone świeżymi zlepami. Rozciąwszy spojenie łonowe wydobyto następnie *en masse*, zapomocą noża od mózgu, macicę z dodatkami, pęcherzem, pochwą i dolną częścią odbytnicy, poczem to wszystko złożono na tacy.

Wprowadziwszy przez cewkę moczową zgłębnik rowkowany do

pęcherza, zrobiono nożyczkami długie cięcie wzdłuż przedniej jego ściany. Pęcherz był zupełnie próżny. W otwartym pęcherzu spostrzega się na powierzchni wewnętrznej dwa otwory, prostolinijne, gdy ścianę się nieco naciągnie, lecz ziejące i okrągławe, gdy ściana jest wiotka. Jeden z otworów leży na tylnej ścianie pęcherza i prowadzi do szyjki macicznej, a mierzy 2 ctm. długości; drugi otwór, na bocznej prawej ścianie pęcherza, oddalony o 4 ctm. od tamtego i leżący prawie na tej samej linii poziomej, mierzy również 2 ctm. długości. Około tych otworów w błonie śluzowej pęcherza podbiegnięcia krwawe.

Srom i pochwa nieuszkodzone; fałdy błony śluzowej pochwy nie przedstawiają zmian; ujście pochwowe szyjki macicy nie okazuje żadnych nieprawidłowości. Na przedniej ścianie szyjki macicy, w odległości jednego ctm. od ujścia zewnętrznego, otwór prowadzący do pęcherza.

Badanie zwłok płodu wykazało:

Na górnej części czaszki znajduje się w środku mała rana powłok miękkich, długa na jeden ctm., szeroka pięć milimetrów. Na bocznej prawej połowie czaszki dwa inne małe otwory w powłokach miękkich. Wreszcie w dolnej lewej okolicy szyi, mały otwór, mierzący mniej więcej 5 milimetrów średnicy.

Pod powłokami miękkiemi czaszki nie znajduje się wybroczyn. Kości ciemieniowe są rozdzielone od siebie w tylnej połowie szwu strzałkowego, również rozdzielonym jest prawy szew ciemieniowo-potyliczny na długości 2 ctm. Kości czaszki nie są brzegami na siebie nasunięte. Kość ciemieniowa prawa złamana w kierunku pionowym; linia złamania rozpoczyna się w środku górnego brzegu, a kończy się na wysokości guza kości bocznej. Nad tą linią, mniej więcej o 2 ctm. od górnego jej końca, znachodzi się mała łukowata ranka kostna długości 5 mm. i w tem miejscu przedziurawioną jest także opona twarda; otwór mierzy 5 mm. średnicy. Kość boczna lewa, jakoteż inne kości czaszki nie są złamane.

Płuca bezpowietrzne zupełnie; zresztą narządy wewnętrzne bez zmian. Waga płodu 3420 gramów.

Na zasadzie tych danych orzekli zawezwani przez sąd znawcy, Dr. M. i S., że przyczyną śmierci denatki było zapalenie otrzewnej, wywołane przez podwójne przedziurawienie pęcherza. Przedziurawienie to zaś powstało prawdopodobnie przy użyciu przez lekarza igły do szycia materaców w celu wykonania wymóżdżenia.

Zdaniem znawców, wobec daremnych usiłowań ukończenia porodu zapomocą kleszczy i w obec tego, że płód już nie żył, wymóżdżenie było wskazane. Lekarz dopuścił się jednak błędu, jeżeli wybranego przez siebie narzędzia używał bez ochrony ręką (t. j. dwoma palcami). Należy jednak zważyć, że zabieg dokonany był w warunkach bardzo niekorzystnych, a mianowicie, bez należytej umiejętnej pomocy i zapomocą narzędzia, bardzo niewygodnego, mogącego się łatwo obracać w palcach operującego i ześlizgiwać z czaszki płodu; wreszcie, że obwiniony lekarz po raz pierwszy w życiu dokonywał wymóżdżenia. Lekarz posiada niewątpliwie prawo użyć jakiegokolwiek narzędzia, jakie w danej chwili uznaje za stósowne i mogące go doprowadzić do zamierzonego celu.

Już na podstawie pierwszej części tego orzeczenia, to jest na zasadzie twierdzenia, że przyczyną śmierci denatki było ostatecznie obrażenie macicy i pęcherza przez lekarza, uwięziono Dra L. przed rozpoczęciem właściwego śledztwa, zaraz po sekcyi; to uwięzienie było powodem zaniepokojenia i oburzenia w kołach lekarskich, za którem poszły uchwały stowarzyszeń lekarskich, wyrażające ubolewanie z powodu potępienia sądu, rozpisanie składek na rzecz niezamożnego uwięzionego, i gorące rozprawy w prasie lekarskiej, a nawet codziennej, odwołujące się do obrażonej godności stanu lekarskiego, uczuć koleżeńskich itd. Szczegóły te nie miałyby większego znaczenia dla samej istoty sprawy, gdyby nie to, że omawiając rzecz, potrącano także o zagadnienia zawodowe i że do sądu zgłosił się dobrowolnie, jako świadek odwodowy, prof. P., położnik, rzucając na szalę rozpraw powagę swego nazwiska i szereg twierdzeń, przedstawiających się w streszczeniu, jak następuje:

Ze śledztwa i rozprawy wynika, że Dr. L. postępował ściśle według wskazań naukowych. Nie mogąc, wobec zwężenia miednicy, po trzechkrotnych nadaremnych usiłowaniach, użyć czwarty raz kleszczy, bez obawy ciężkich obrażeń położnicy i pragnąc po śmierci płodu ocalić matkę, musiał wykonać bezzwłocznie wymóżdżenie; użył do tego narzędzia najlepszego, jakie w danych warunkach miał pod ręką; nie można uważać igły za narzędzie nieodpowiednie, za krótkie i za cienkie, skoro wszystkie klasyczne podręczniki polecają, w braku innych narzędzi, dokonać wymóżdżenia zwykłym nożykiem (bistouri).

Wynik sekcyi denatki nie dowodzi, że znalezione obrażenia pęcherza powstały wskutek skaleczenia igłą. Przeciw temu przemawia istnienie dwóch otworów w pęcherzu, chociaż Dr. L. raz tylko igłę wprowadził do macicy. Wobec częstości samoistnych pęknięć macicy, należało o nich przedewszystkiem pomyśleć i stwierdzić dokładnie, czy istniały warunki, do nich usposabiające. Ponieważ nie zachowano miednicy denatki, przeto rozstrzygnięcie tej sprawy jest obecnie niemożebne, a tem samem nie można twierdzić, że nie było warunków do samoistnego pęknięcia macicy; w szczególności zaś wyrośli kostnych (exostosis), wystających do jamy miednicy i sprowadzających niejednokrotnie znaczne obrażenia narządów płciowych bez żadnej winy lekarza.

Okoliczność, że pomimo kilkakrotnego użycia kleszczy, nie znaleziono żadnych obrażeń sromu, pochwy i części pochwowej, świadczy, że Dr. L. postępował bardzo oględnie i zręcznie, ponieważ obrażenia takie prawie zawsze przy porodach kleszczowych bez winy lekarza powstają.

Zresztą starał się prof. P. wykazaniem niedokładności opisu sekcyi, n. p. brakiem dokładnych i ścisłych pomiarów miednicy, usunięciem spojenia łonowego przed obejrzeniem narządów rodnych itd, dowieść, że opis ten wogóle jest zły i wobec tego nie może służyć za dowód, obciążający obwinionego. Te jednak szczegóły, zdolne niewątpliwie zachwiać zdaniem sądu na niekorzyść orzeczenia znawców, w niczem sprawy nie wyjaśniają i dlatego można je pominąć.

Śladem prof. P. poszedł położnik, Dr. V., przenosząc uwagę na wartość opisu sekcyi i usiłując pośrednio, zapomocą krytyki tego opisu, znaleźć dowody na korzyść obwinionego. Zarzuty Dra V. można zebrać w sposób następujący:

Pomiary miednicy denatki dokonane były w sposób niewłaściwy, używany tylko na żywych osobnikach w braku lepszego i dający błędy aż do 2 ctm. — Zmierzono tylko wymiar prosty i to tylko pośrednio, zaniedbano zmierzyć innych wymiarów bezpośrednio; nie zmierzono grubości kości łonowej, a wzmianka o niej w opisie sekcyi świadczy, że nie wiedziano, co i dlaczego przy pomiarach miednicy się odlicza. Wskutek tego, że obrażenia pęcherza stwierdzono dopiero po wydobyciu narządów rodnych w całości, nożem od mózgu, nie można wyłączyć przypuszczenia, iż obrażenia te powstały w czasie samej sekcyi. Nie zbadano dokładnie cieczy, znalezionej w jamie brzusznej, aby stwierdzić, czy zawiera ona składniki moczu, czy nie. Nie udowodniono, zapomocą prób, dokonanych na narządach rodnych, leżących jeszcze »in situ«, że obrażenia znalezione mogły powstać zapomocą iglicy, (wspomnianych wyżej wymiarów i kształtu). Nie podano dowodu, że obrażenia te nie powstały przed użyciem iglicy, w czasie użycia kleszczy, jak się to niekiedy nawet wprawnym zawodowym położnikom bez ich winy zdarzyć może. Nie zachowano miednicy denatki, wskutek czego nie można osądzić, czy nie było takich zmian części kostnych, które mogły usposabiać do samoistnego pęknięcia macicy. Zachowane części miękkie zaś nie mogą dostarczyć, po niewłaściwie wykonanej sekcyi, żadnych użytecznych wskazówek. Brak obrażeń sromu, pochwy i części pochwowej nie daje się pogodzić z tem, co wiadomo o wielokrotnych zabiegach Dra L. Nie opisano dokładnie otworu pęcherzowo-macicznego od strony wnętrza macicy,

pomimo, że w tem miejscu sadowią się często przetoki pęcherzowo-maciczne, powstające samoistnie.

Rany, znalezione na głowie płodu, odpowiadają miejscom, wybieranym zwykle do wymóżdżenia. Wymiary tych ran (5 mm.) są znacznie mniejsze od wymiarów otworów w pęcherzu (2 ctm.), co przemawia przeciw twierdzeniu, że jedne i drugie pochodzą od ukłócia jednem i temsamem narzędziem, najwyżej 5 mm. szerokiem. Brak w końcu, w opisie sekcyi, wzmianki o śladach kleszczy na główce płodu; po tem zaś, co o czynnościach Dra L. wiadomo, niepodobna przypuścić, aby ich nie było.

W uzasadnieniu wyroku pomieszczono następujące zastrzeżenie:

Sąd nie może sprawdzać rozpoznania, ani orzekać o tem, czy zastosowane leczenie było właściwe lub nie; lecz kompetencya jego rozciąga się na pole faktów prawa cywilnego, win, popełnionych przez zaniedbanie, niedoświadczenie lub nieumiejętność.

Zestawiwszy zaś sprzeczne zdania znawców, Dr. M. i S. i prof. P., orzekł sąd:

Wobec dwóch zdań przeciwnych, jednego opartego na wynikach sekcyi, drugiego, uzasadnionego danemi teoretycznemi, wnieść należy, że obrażenia pęcherza sprawione były przez igłę i że śmierć położnicy była skutkiem ciężkich zaniedbań i niedoświadczenia oskarżonego.

Zważywszy, że wprowadzając igłę do pochwy, bez ochrony ręką, i nie sprawdzając wyników tego zabiegu, uchybił obwiniony zasadniczym prawidłom sztuki lekarskiej i okazał oczywistą nieznajomość przedmiotu...

Skazuje się Dra L., przy uwzględnieniu okoliczności łagodzących, mianowicie nieposzlakowanego dotąd życia, trudności początków zawodu, braku doświadczenia z powodu małej praktyki i wzruszenia w czasie zabiegu, na 3 miesiące więzienia z zastósowaniem prawa Berangera. (Wyrok nie zostaje wykonany. *Przyp. aut.* *)

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych Prof. Dra Pareńskiego w krakowskim szpitalu św. Łazarza.

O działaniu leczniczem strofantyny

napisał

Dr. Eljasz Stahr,
Sekundaryusz szpitala.

(Dokończenie. Patrz Nr. 20).

W drugim przypadku niedomykalności zastawek półksiężycowych tętnicy głównej i zwężenia ujścia tętniczego lewego (Alojzy Hardyn Nr. prot. stanu 5813, Nr. Dz. 939, od 18/XII 1895—1/I 1896) ilość moczu, wśród zażywania strofantyny, wynosiła 250 grm. na dobę, nigdy zaś 400 grm. nie przekroczyła; ciężar gatunkowy od 1·026—1·030, duszność się utrzymywała, wątroba ciągle sięgała na 4 ctm. poniżej łuku żebrowego tak, że wreszcie musieliśmy przejść do kofeiny (0·50 : 200,0 dziennie), a wtedy dopiero stan chorego się zaczął poprawiać. W tętnie, co prawda, to ani co do ilości uderzeń na minutę, ani co do jego siły i kształtu na obrazkach sfigmograficznych, żadne zmiany nie wystąpiły; podobnie stłumienie serca i siła szmerów słyszalnych nad tętnicą główną utrzymywały się w jednakim stanie; jednak ilość moczu z dnia na dzień rosła tak, że od II-go dnia, po rozpoczęciu podawania kofeiny, notowano:

Ilość	dzienna	moczu	560	grm.	c. g.	1·027
„	„	„	570	„	„	1·025
„	„	„	1200	„	„	1·016
„	„	„	1280	„	„	1·015
„	„	„	1200	„	„	1·018
„	„	„	1500	„	„	1·013
			i t. d.	i t. d.		

Chory, już po sześciu dniach zażywania kofeiny, opuścił szpital w znacznie lepszym stanie.

W dalszym ciągu podawano strofantynę w małych dawkach pięciu chorym na niedomykalność zastawki dwudzielnej. W 3 tego rodzaju przypadkach podawałem wprawdzie lek ten przez bardzo krótki czas, bo przeciętnie tylko przez tydzień, jednak najmniejszego dodatniego, a pewnego skutku nie mogłem zanotować. W następnych 2-ch przypadkach tego cierpienia miałem sposobność podawać małe dawki tego leku przez dłuższy czas.

1) Franciszek Z. (Nr. prot. 3785 z r. 1895). Rozpoznano *Insufficientia valvulae mitralis in stadio hyposystolico;* leczony był przez czas od 8/8 1895 do połowy listopada tegoż roku najrozmaitszymi lekami, w tem cierpieniu używanymi; tętno jednak było zwykle liche, dochodziło, a często przekraczało liczbę 120 na minutę; od czasu do czasu pojawiały się napady kołatania serca, czasami znowu występował zawał krwotoczny w płucach. Wreszcie, w połowie listopada, chcąc choremu zmienić jednostajne leczenie, zastósowaliśmy strofantynę. Chory bowiem, leczony na serce od lat wielu najrozmaitszymi lekami, dobrze je znał i nie miał do nich zaufania. Jedyny dodatni objaw, któryśmy zauważyli, był ten, że od czasu podawania tego leku, chory nie miewał tak silnych i tak częstych napadów kołatania serca. Zresztą stan ogólny wcale się nie zmienił, a w dniu wypuszczenia chorego z zakładu, d. 22/XII, — (chciał koniecznie jechać na święta do domu), — notowano: Tętno 108, regularne, ale dwubitne, moczu 500 grm. o c. g. 1·0285.

2) Wojciech H.... przyjęty d. 26. listopada 1895 r. z takiem samem rozpoznaniem, jak poprzedni chory: *Insufficientia valvulae mitralis in stadio hyposystolico.* (*Tumor hepatis, ascites, anasarca*). W opisie stanu chorego w dniu przyjęcia zanotowano, że uderzenie serca macalne w VI. międzyżebrzu, w linii sutkowej lewej. Wypukiem nakreślono następujące granice serca: dolny brzeg IV. żebra lewego, linię sutkową lewą i linię środkową ciała. Nad koniuszkiem i nad podstawą serca dwa piłujące szmery; nad płucną pierwszy szmer udzielony, drugi ton zaostrzony. Tętno 92, regularne, silnie napięte. W jamie brzusznej płyn wolny. Wątroba sięga od dolnego brzegu VII. żebra, na 6 ctm. niżej łuku, macalna, bolesna. Z objawów ogólnych uważano duszność, sinicę i obrzęk kończyn dolnych.

Stan chorego był w dniu przyjęcia tak ciężki, że nie mając zaufania do strofantyny, a nie chcąc polecać innego leku nasercowego, podaliśmy kalomel. Wystąpiło wprawdzie już po trzech ćwierćgramowych dawkach zatrucie rtęciowe, jednak miernego nasilenia, a stan ogólny się poprawiał tak widocznie, że już w dniu 6/XII. 1895 roku obrzęki z nóg ustąpiły, tętno wynosiło tylko 75 do 85 uderzeń. Moczu bywało do 1500 grm na dobę. Wątroba nieco zmalała, choć jeszcze wyraźnie była macalna, a płynu w jamie brzusznej ubyło.

Przeczekawszy jeszcze dla obserwacyi 4 dni, poczęto podawać w małych dawkach strofantynę, wśród wcale zadowalniającego stanu chorego. Nie długo jednak trwał ten pomyślny stan podczas podawania strofantyny: Wątroba coraz bardziej zaczęła się powiększać, 19/XII. pojawiły się obrzęki na stopach, moczu było coraz mniej; tak np. od 22/XII. ilość moczu na dobę wynosiła:

22/XII — 600 — c. g. — 1·026
23/XII — 720 — c. g. — 1·025
24/XII — 700 — c. g. — 1·028

*) Sąd wyższy (kasacyjny) rozpatrzywszy ponownie sprawę Dra L..., zniósł w dniu 4 marca b. r. pierwotny wyrok sądowy, uwalniając tem samem obwinionego od wszelkiej odpowiedzialności i kary. Powody uniewinniającego wyroku zasługują na wzmiankę. Mianowicie orzeka sąd wyższy, że dowodów winy oskarżonego należało szukać wyłącznie w zeznaniach jego samego i świadków, gdyż z nich tylko można wnosić, czy Dr. L. istotnie w czasie swoich zabiegów popełnił błąd, zaniedbując niezbędnych ostrożności. Obciążające zeznania dwóch tylko świadków, jakiemi rozporządzało oskarżenie, budziły uzasadnione wątpliwości, a z drugiej strony orzeczenie znawców nie dostarczyło dowodu istoty czynu według określenia, zawartego w artykule 39 prawa karnego francuskiego (wina przez zaniedbanie).

25/XII — 350(!) — c. g. — 1·030
26/XII — 700 — c. g. — 1·025
27/XII — 400 — c. g. — 1·028

Duszność coraz większa, 27/XII. zanotowano: „duszność znaczna“, obrzęki się powiększają, — jednem słowem stan z dnia na dzień stawał się gorszy, dlatego też 28/XII. odstawiono strofantynę, a zastąpiono ją kofeiną i konwalią (extr. convall. spiss. w pigułkach, po 0·25, 3 razy dziennie po 2 pigułki). Mimo tego jednak stan się nie poprawiał, moczu bywało 400, 650, 600 grm. na dobę, obrzęki na kończynach dolnych zwiększały się, wystąpiły bardzo wyraźnie w okolicy kości krzyżowej, wątroba rosła w oczach i sięgała nawet do linii sutkowej lewej. Podano wtedy (4/I. 1896) naparstnicę (infus. 1:200 c. coff. citr. 0·50). Obrzęki dalej jednak rosły i tak np. 5/I. notowano: „płyn wolny w jamie brzusznej dochodzi w pozycyi leżącej chorego na 4 ctm. niżej pępka w linii środkowej ciała. Wątroba sięga w linii sutkowej prawej do pępka. Stłumienie bezwzględne serca od górnego brzegu 4-go żebra przekracza na prawo prawy brzeg mostka na 4 ctm., na lewo dochodzi do linii sutkowej. Tętno, jak i przez cały czas leczenia, regularne, dobrze napięte“. Ilość moczu wprawdzie podniosła się (1000 grm.), stan jednak ogólny pogarszał się coraz bardziej. Tętno stało się dwójkowe (bigeminus); 10/I. zaczęło co chwilę przepuszczać, zatrzymując charakter tętna dwójkowego (bigeminus), a 12/I chory zmarł.

W tym przypadku, w ciągu 18 dni, podawaliśmy jedynie tylko strofantynę, stan się znacznie pogorszył i to tak, że potem chory, pomimo zażywania kofeiny, konwalii, a nawet naparstnicy, nie mógł nawet do względnego powrócić zdrowia.

Jednem słowem małe dawki strofantyny najzupełniej nas zawiodły.

II.

Do drugiej gromady zaliczam przypadki, w których podawano strofantynę w dawkach większych; zaczynaliśmy od 3 miligramów, a powiększając dawki stopniowo, a stale, dochodziliśmy nawet do 20 miligramów na dobę.

Te spostrzeżenia obejmują cztery przypadki, a mianowicie: trzy przypadki wady zastawki dwudzielnej i jeden, w którym rozpoznano guz śródpiersia przedniego.

1) Eugeniusz S., lat 31, buchalter z Krakowa. Przed 6-ciu laty przechodził gościec stawowy; przed $4^1/_2$ r. dur brzuszny. Przed kilku miesiącami pokazały się przy kaszlu w plwocinach żyłki krwi; obecnie bardzo dokuczają choremu kaszel i gwałtowne bicie serca, występujące przy wysiłkach fizycznych. Badanie w dniu przyjęcia (9/XII. 1895 r.) wykazuje zmiany w sercu: Uderzenie serca widzialne, jako dosyć rozległe wstrząśnienie, najwyraźniej macalne w V. międzyżebrzu, w linii sutkowej. Stłumienie serca zaczyna się na V. żebrze, przekracza mostek na prawo o 2 ctm.; na lewo nie dochodzi do linii sutkowej lewej. Szmer nad koniuszkiem serca, drugi ton nad płucną zaakcentowany. Tętno 108, miękkie, regularne. Kociego mruku, obrzęków niema.

Mieliśmy zatem przed sobą przypadek wady serca w okresie którego wprawdzie nie można nazwać „stadium eusystolicum“, ale również nie było to jeszcze „stadium hyposystolicum“.

Na oddziale dostawał ten chory strofantynę i to z początku po 3 mlgr. dziennie przez 10 dni. W tym czasie pojawił się mały obrzęk koło kostek, zresztą żadnych zmian nie było. Dawkę leku co kilka dni powiększano, aż do 6-iu mlgr. dziennie. Tętno ciągle wynosiło wyżej 100 uderzeń na minutę, zawsze między 100—110, zawsze drobne; raz tylko notowano tętno ledwo macalne; obrazki tętna nie wykazują również żadnych zmian. Ilość moczu wahała się między 1400 a 1950 gr. na dobę. Stan ogólny jednak stawał się coraz gorszy, obrzęki bowiem zaczynały się powiększać i dlatego od stycznia 1896 r. przeszliśmy do podawania *extr. convall. maj. spiss.* 15. stycznia chory opuścił szpital z małą poprawą, wprawdzie bez obrzęków, ale w stanie nie o wiele lepszym od tego, w jakim się zgłosił do szpitala.

I nie długo trwała ta poprawa, bo już 23. stycznia, a więc po tygodniu, wśród którego tylko 4 dni zajmował się pisaniem, wrócił z dusznością, sinicą na wargach, śladem obrzęków na kończynach i obrzękiem zastoinowym wątroby. Wątroba sięgała dolnym brzegiem prawie do pępka, była macalna i boleśna. Tętno 104, b. drobne, regularne, miękkie. Mocz ciemny, wysycony, z dużą ilością białka, o ciężarze gat. 1·031.

Przypadek ten jest wymownym dowodem, że strofantyna, jeśli w ogóle ma jakiekolwiek działanie, to w każdym razie nie długo trwałe.

2) Ludwik M. lat 17, syn wyrobników z Bronowic, zgłasza się z powodu duszności i obrzęku na nogach i okolicy kości krzyżowej. W stanie obecnym zanotowano między innemi:

Uderzenie koniuszkowe serca widzialne i macalne w VI. międzyżebrzu na 2 ctm. na zewnątrz od sutka. Stłumienie bezwzględne serca powiększone, przekracza prawy brzeg mostka na 2 ctm. a linię sutkową lewą również na 2 ctm. na zewnątrz. Szerokość stłumienia wynosi 14 ctm. Dwa szmery wszędzie na klatce piersiowej słyszalne, najlepiej nad lewą komórką. Tętno 116, drobne, regularne. Wątroba boleśna, macalna na 3 ctm. powyżej pępka. W jamie brzusznej płyn wolny sięga do połowy odstępu między spojeniem łonowem a pępkiem. Rozpoznano: *Insufficientia valvulae mitralis cum stenosi ostii venosi sinistri in stadio hyposystolico.*

Przypadek ten był tak ciężkim, że nie można było narażać chorego na próbę z strofantyną, to też odrazu podano choremu naparstnicę (napar. 1:200)

Stan pacyenta po 2-ch tygodniach, wśród których dostał w pierwszych 3-ch dniach naparu z $2^1/_2$ grama liści naparstnicy, poprawił się o tyle, że 1-go marca, 1896 roku, z obrzęku podskórnego nie było śladu; tylko wątroba pozostała w tych samych rozmiarach, jak w chwili przyjęcia. Tętno było dwubitne i wynosiło 104 uderzeń na minutę. Moczu było na dobę przeciętnie litr, o c. g. 1·014—1·016. Podano wtedy choremu strofantynę, ale odrazu 6 mlgr. na dobę. Już 5-go marca powiększono dawkę na 10 miligr., a 8/III. na 12 mlgr. na dobę. Odtąd też stan chorego był z dnia na dzień gorszy, i tak n. p.

4/3	moczu	650	grm.	c. g.	1·028,	tętno	108	reg.	dwubit.
5/3	„	600	„	„	1·026,	„	104	„	„
6/3	„	500	„	„	1·027,	„	112	„	„ słabe
7/3	„	550	„	„	1·027,	„	108	„	„ „
8/3	„	500	„	„	1·027,	„	100	„	„ „
9/3	„	600	„	„	1·024,	„	100	„	„ „
10/3, 11/3	„	po 450	„	„	1·027,	„	112	„	„ b. słabe.

Zaprzestano podawania tego leku i wrócono do naparstnicy, która już teraz tak nie działała skutecznie, jak w pierwszych dniach pobytu chorego w szpitalu.

Stan chorego był coraz gorszy, tak, że go rodzina zabrała 27/III. w rozpaczliwym stanie do domu. Znowu przekonaliśmy się, że i wielkie dawki tego leku nie działają skutecznie.

3) Franciszek W., l. 19, przebywał w r. 1895 ostry gościec stawowy, z następowem zapaleniem śródsierdzia a 6/I. 1896 r. zgłosił się do szpitala z powodu zapalenia płuca lewego. Rozpoznano: *pleuropneumonia sinistra in individuo cum insufficientia valvulae mitralis in sta-*

dio eusystolico. Tętno chorego było od pierwszej chwili dwubitne, koło 80 uderzeń wynoszące, regularne, dobrze napięte.



Chory na oddziele przebył zapalenie płuc i opłucnej, jednak wysięk opłucnowy długi czas się utrzymywał. Wieczorami gorączkował (między 38° C. i 39° C.); wtedy t. j. 27-go lutego, obok leczenia wysięku opłucnowego, zaczęto podawać strofantynę, począwszy od 10 miligr. na dobę, aż 20 mlgr.

Dwubitność utrzymywała się ciągle, jak świadczy załączony sfigmogram z 19-go marca t. r.



Liczba uderzeń serca na minutę była coraz większa. Ilość dzienna moczu trzymała się bardzo wysoko, bo około 2000 grm., a nawet i wyżej. I to jest jedyny objaw, jaki można odnieść do strofantyny, t. j. wzmożenie się ilości moczu; ale zauważono to dopiero wtedy, kiedy przekroczono dawkę 15 mlgr. na dobę. Mimo tego wysięk nie ustępował. Po 2 ch dniach podawania 20 mlgr. spostrzeżono objawy ostrego nieżytu przewodu pokarmowego i odstawiono strofantynę.

Chory wkrótce opuścił szpital z lewym wysiękiem opłucnowym, sięgającym od połowy łopatki ku dołowi.

4) Jan St. l. 56, przyjęty 9/I. 1896 r. z rozpoznaniem guza śródpiersia przodkowego. Choremu temu podawano obok jodku potasu strofantynę. I tutaj również, jako jedyny objaw, który można przypisać działaniu strofantyny, było wzmożenie się diurezy. Z początku chory oddawał dziennie od 1000 do 1350 grm. moczu; kiedy zaś zaczęto podawać lek ten i to w wysokich dawkach, wynoszących 14, 16, 18, a nawet 20 mlgr. na dobę, bywało moczu: 2300, 2000, 2500 grm. itd., a nawet raz było 3000 grm. Tętno jednak było ciągle jednakowe.

Zestawienie tych spostrzeżeń prowadzi do następujących wniosków:

1) strofantyna krystaliczna Mercka, podawana wewnętrznie, nie jest gwałtowną trucizną tak, że można ją bezkarnie, lecz i prawie bezskutecznie, podawać do 20 mlgr. na dobę;

2) że działanie jej nie sumuje się (kumuluje);

3) że niema ona żadnego ubocznego działania;

4) że w dawkach wysokich, powyżej 15 mgr. na dobę, podnosi diurezę i

5) że chorzy zażywając ten lek, uważali, że napady kołatania serca występują nie tak często i silnie. Czy to jednak położyć należy na karb leku, czy raczej spokojnego zachowania się pacyentów w szpitalu, nie chcę rozstrzygać.

Niech mi przy końcu niniejszej pracy będzie wolno złożyć serdeczne dzięki W-mu Panu Prof. Drowi Pareńskiemu za pozwolenie czynienia doświadczeń na Jego oddziale, jakoteż za cenne wskazówki wśród pracy.

III. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wzajemnym stosunku funkcyj żołądkowych i jelitowych

podał

Dr. Józef Wiczkowski,

przełożony pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym.

(Ciąg dalszy).

DZIAŁ B.

Przypadek I. J. S., lat 45. Rozpoznanie: *Enteritis catarrh. chron. in indiv. cum induratione apicis pulmonis sinistri.*

Łaknienie wcale dobre, odbijań nie ma. W ogóle brak jakichkolwiek przypadłości żołądkowych. Stolców wodnistych 3—5 dziennie. W stolcach nie znalaziono prątków gruźliczych. Chory miał nadużywać napojów wyskokowych. Przez czas pobytu w klinice (7/1—20/1), przybyło go na wadze blisko 2 klgr. *(Patrz Tablica VI).*

Powyższy przypadek dowodzi wybitnie prawdziwości odkrytego prawidła, a mianowicie: rozwolnienie dłuższy czas trwające sprowadza zmniejszenie się, a nawet zanik wolnego kwasu solnego; gdy się zaś poda środek powstrzymujący, jak makowiec, zwiększa się tak ogólna kwasota treści żołądkowej, jako też ilość wolnego kwasu solnego. Ilość utajonego kwasu solnego pozostała w tym przypadku prawie ta sama, tak wśród rozwolnienia, jako też podczas zaparcia stolcowego; również zachowała się ilość kwasów tłuszczowych. Podnieść tu należy, że w treści żołądkowej tego chorego znajdywałem niezwykle wielką ilość białka surowiczego (0·03—0·04%).

Przypadek II. M. T., l. 48. Rozpoznanie: *Carcinoma glandulae thyroideae lobi sinistri subsequ. metast. glandularum lymphaticarum coli lateris sinistri et metast. ossium. Enteritis catarrh. chronica.*

Chory skarży się na bóle w okolicy pępka. Bóle te, po odejściu wiatrów, zmniejszały się, po stolcu pozostają niezmienione. Łaknienie małe, smak papkowaty, odbijań niema. Stolec od trzech tygodni płynny, 3—6 razy na dobę. Brzuch lekko wzdęty, nieco tkliwy przy obmacywaniu; guza nigdzie wyczuć nie można. Kał płynny, żółty, z białemi grudkami, oddziaływania kwaśnego. Badanie drobnowidowe kału wykazało miazgę rozpadową, niestrawione kuleczki skrobi, strawione włókna mięsne, nieliczne kulki tłuszczowe, liczne drobnoustroje.

U tego chorego zdołałem wydobyć tylko mało treści żołądkowej i to z wielkiemi trudnościami, dlatego nie mogłem przeprowadzić całego szeregu doświadczeń. Badanie chemiczne treści żołądkowej wykazało: oddziaływanie słabo kwaśne, kwasota ogólna 12—22 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH, zupełny brak wolnego kwasu solnego, utajonego kwasu solnego 10—26 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH, ślady pepsyny i albumozy, z jodem powstaje zabarwienie żółte (achroodekstryna), cukier w wybitnej ilości, ślad kwasu mlekowego, białka surowiczego 0·02—0·04%, ślad zaczynu podpuszczkowego.

Przypadek III. M., 2 lata. Rozpoznanie: *Enteritis chronica.*

Tablica VI.

J. S. *Enteritis catarrhalis chronica in indiv. cum induratione apicis pulmonis sinistri.*

Data	Pośniadaniu: kwasota ogólna	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Poobiedzie: kwasota ogólna	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	salol w moczu w godzin	Uwaga
8/1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	0	—	60	2	—	—	—	—	—	1	3 stolce płynne
10/1	20	0	—	50	2	0	ślad	0	wybit.	0·03%	12	0	—	92	2	ślad	wybit.	0	wybit.	0·04%	1	2 stolce płynne
11/1	20	0	—	48	2	0	ślad	0	wybit.	0·04%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1½	2 stolce płynne
12/1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	0	—	60	2	0	wybit.	0	wybit.	0·04	1	1 stolec
Po makowcu																						
14/1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	30	4	24	—	2	0	wybit.	0	wybit.	0·03	1	60 kropel *trae opii* 1 stolec
16/1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	28	2	24	—	2	0	wybit.	0	wybit.	0·04	1½	60 kropel *trae opii* 1 stolec
17/1	16	0	—	24	2	ślad	ślad	0	wybit.	0·03%	20	0	—	30	2	ślad	ślad	0	wybit.	0·03	1	60 kropel *trae opii* 1 stolec
18/1	2	0	—	26	2	0	ślad	0	wybit.	0·03%	44	2	38	—	4	—	wybit.	0	wybit.	0·04	—	60 kropel *trae opii* 1 stolec

Ten przypadek, jako też następne cztery, zawdzięczam łaskawej i chętnej uprzejmości Dyrektora szpitala dziecięcego, Dra Merczyńskiego, któremu za to serdecznie dziękuję. *(Patrz Tablica VII).*

P r z y p a d e k IV. R., 5 lat. Rozpoznanie: *Enteritis chronica subsequ. hydraemia. (Patrz Tablica VIII).*

Tablica VIII.

R. *Enteritis chronica subs. hydraemia.*

Data	12/2 wieczór	13/2 rano	13/2 wieczór	14/2 rano	14/2 wieczór	15/2 rano	15/2 wieczór	16/2 rano	16/2 wieczór	17/2 rano
kwasota ogólna	48	6	26	44	36	92	62	32	92	32
wolny kwas solny	4	0	0	16	0	20	24	0	42	12

4—6 stolców płynnych — 1 stolec prawidłowy po użyciu tannigenu.

P r z y p a d e k V. S., 1 r. Rozpoznanie: *Enteritis acuta post diphteriam. (Patrz Tablica IX).*

P r z y p a d e k VI. P., 3 l. Rozpoznanie: *Prolapsus recti, enteritis chronica. (Patrz Tablica X).*

Tablica X.

P. *Enteritis chronica, prolapsus recti.*

Data	13/2 rano	13/2 wieczór	14 2 rano	14 2 wieczór	15 2 rano	15 2 wieczór	16 2 rano	16 2 wieczór	17 2 rano
ogólna kwasota	24	26	8	38	22	32	18	14	22
wolny kwas solny	0	0	0	8	4	18	0	4	4

stolce płynne 3—5 dziennie — 1—2 stolce prawidłowe przy użyciu tannigenu

P r z y p a d e k VII. Sz., 2 l. Rozpoznanie: *Enteritis chronica. (Patrz Tablica XI).*

Przeglądając powyższe tablice tych pięciorga dzieci widzimy, że u dzieci, tak samo jak i u dorosłych, towarzyszy nieżytowi jelitowemu zmniejszenie się lub nawet brak wolnego kwasu solnego. W miarę jak przypadłości jelitowe ustępowały, poprawiał się i chemizm żołądkowy. Dzieci brały tylko tannigen, pod którego działaniem stolce stawały się więcej prawidłowe i mniej częste, a tem samem pojawiał się w żołądku lub wzmagał się wolny kwas solny.

P r z y p a d e k VIII. A. M., lat 47. Rozpoznanie: *Hyperaciditas digestiva, atonia intestinorum.*

Choroba rozpoczęła się w czerwcu 1897 r. wśród na-

Tablica VII.

M. *Enteritis chronica.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	Po śniadaniu: wolny kwas solny	Po śniadaniu: kwas mlekowy	Po śniadaniu: albumozy	Po śniadaniu: cukier	Po śniadaniu: białko surowicze	Po obiedzie: ogólna kwasota	Po obiedzie: wolny kwas solny	Po obiedzie: kwas mlekowy	Po obiedzie: albumozy	Po obiedzie: cukier	Po obiedzie: białko surowicze	Uwagi
11/1	2	0	—	—	—	—	6	0	—	—	—	—	5 stolców płynnych
13/1	6	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4 stolce płynne
14/1	12	0	wybitny	ślad	ślad	ślad zaledwie spostrzegalny	—	—	—	—	—	—	5 stolców płynnych
17/1	26	0	ślad	ślad	ślad	—	22	ślad	—	—	—	—	3 stolce płynne
18/1	26	4	—	—	—	—	12	0	—	—	—	—	Tannigen jeden stolec
19/1	54	12	wybitny	ślad	ślad	ślad	18	8	—	—	—	—	Tannigen jeden stolec
20/1	48	20	0	wybitne	ślad	—	30	16	—	—	—	—	Tannigen jeden stolec
21/1	48	24	0	wybitne	ślad	—	26	16	0	—	—	—	—

Tablica IX.

S. *Enteritis acuta post diphteriam.*

Data	31/1	1/2		2/2		3/2		4/2		5/2	6/2		7/2		8/2		9/2
	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po śniad.	po obied.	po obied.
ogólna kwasota	24	22	22	28	8	18	18	6	22	14	14	22	32	22	36	24	28
wolny kwas solny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	10	6	12	8	8	14
utajony kwas solny	12	10	10	12	2	4	4	2	4	8	6	8	—	—	—	—	—

3—7 stolców płynnych

1—2 stolce prawidłowe (bez leków).

Tablica XI.

Sz. *Enteritis chronica.*

Data	12/2	13/2		14/2		15/2		16/2		17/2	
	wieczór	rano	wieczór	rano	wieczór	rano	wieczór	rano	wieczór	rano	wieczór
kwasota ogólna	48	22	18	14	16	20	22	24	20	26	26
wolny kwas solny	0	0	0	0	0	2	2	6	12	0	10

stępujących objawów: brak łaknienia, częste odbijania, a przedewszystkiem stałe zaparcie stolca tak, że wypróżnienie następowało tylko po środkach przeczyszczających. Stolec zbity z obfitą domieszką śluzu. W okolicy żołądka miewa rozmaite uczucia: gniecenia, palenia, ciężkości, zwłaszcza po zjedzeniu obfitszej ilości pokarmów, w jelitach zaś — wzdymania. Chory największą wagę przypisuje stałemu zaparciu stolca. Łaknienie wcale dobre. *(Patrz Tablica XII).*

W powyższym przypadku istotnie podczas zaparcia stolca i kwasota wysoka (48, 58, 62, 66, 70, 102 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH) i ilość wolnego kwasu solnego jest dość znaczna (8, 12, 14, 18, 20, 30 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH). Z chwilą kiedy chory począł brać środki przeczyszczające, ilość wolnego kwasu solnego zmniejszyła się (4, 6, 10 sz. ctn. $\frac{n}{10}$ NaOH), lub nawet zupełny był go brak.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ołtuszewski: Piąty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. (*Medycyna* 1896).

Praca ta stanowi sprawozdanie rozumowane z Zakładu dla zboczeń mowy za rok 1896/7. Oprócz naukowo opracowanego materyału klinicznego wynoszącego 217 przypadków, oraz wyników leczniczych, uzupełnia autor w niniejszym przyczynku teoretyczną stronę logopatologii wprowadzeniem nowego podziału niemot na zmysłowe i skojarzeniowe, odpowiednio do streszczonej pracy w Nr. 20 *Przeglądu lek.* oraz opisem afonii spastycznej. Na zasadzie licznie spostrzeganych przypadków jąkania w ciągu ostatnich lat 5, O. uzasadnia, że cierpienie, opisywane dotychczas pod nazwą afonii spastycznej, należy do kategoryi jąkania głosowego, a mianowicie dwu jego postaci, znanych pod nazwą skurczu zamykającego, zależnego od skurczu mięśni ścieśniających głośnię i ciągłego skurczu strun głosowych. Autor zastanawia się nad obrazami afonii, opisywanymi przez różnych autorów, przytacza odpowiednie przykłady z własnej praktyki jąkania głosowego, a porównywując obie kategorye spostrzeżeń, dochodzi do wniosku, że są one identyczne. Wyjaśniona patogeneza afonii spastycznej pozostaje w związku z odpowiednią zmianą rokowania i leczenia tego cierpienia. Wprawdzie wyleczenie samodzielne afonii spastycznej, w szczególności u histeryczek, wiadomem było już uprzednio, istnieją jednak całe szeregi przypadków omawianego cierpienia, pochodzenia niehisterycznego, niepoddające się dotychczasowym zabiegom, a więc uważane za nieuleczalne. W tych to właśnie przypadkach użycie metody leczniczej, jaką się stosuje dla usunięcia jąkania, daje bardzo dobre wyniki, czego dowodzą szczegółowo opisane spostrzeżenia kol. O.

Dr. Ołtuszewski: Ogólne uwagi o zboczeniach mowy. (*Gazeta lekarska*, 1897).

Na zasadzie zebranego materyału klinicznego ze swego Zakładu dla zboczeń mowy w Warszawie za ostatnie 5 lat, wynoszącego do lipca 1897 roku 880 przypadków, opracowanego naukowo w pięciu dotychczas wydanych „Przyczynkach do nauki o zboczeniach mowy“, jakoteż własnych badań, dotyczących zasadniczych nauk dla logopatologii, jako to fizyologii mowy, psychologii mowy itd., wypowiada autor ogólne uwagi o tej, ponownie odrodzonej gałęzi wiedzy lekarskiej, oraz podaje osiągnięte wyniki lecznicze. Zapoznaje więc nas z własną klasyfikacyą zboczeń mowy, opartą na zasadzie anatomicznej, opisuje oddzielne działy zboczeń mowy, jak niemotę, ze szczególnem uwzględnieniem mało dotych-

Tablica XII.

A. M. *Hyperaciditas digestiva, atonia intestinorum.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Uwagi
14,2	58	18	30	—	10	0	bardzo wybitne	amidul.	—	0·005%	102	30	54	—	18	0	bardzo wybitne	—	—	0·008%	Trzy dni brak stolca
15,2	48	14	22	—	12	0	wybitne	amidul.	ślad	0·04	70	12	54	—	16	ślad	wybitne	erytro-dekstryna	ślad	0·006%	brak stolca
16,2	62	20	30	—	12	0	wybitne	amidul	wybitny	0·006%	66	8	40	—	18	0	wybitne	erytro-dekstryna	ślad	0·008%	brak stolca
Po środkach przeczyszczających																					
17,2	40	0	—	8	4	wybitny	ślad	amidul.	wybitny	0·02%	82	10	72	—	10	0	wybitne	0	wybitny	0·006%	*aqu. lax. vien. 60.0 natr. sulphur. syr. mann. ana 10* 3 stolce płynne
18,2	36	6	24	—	6	0	ślad	amidul.	wybitny	0·006%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	*aqu. lax. vien. c. natr. sulph. et syr. mann.* 2 stolce płynne
19,2	40	4	30	—	6	0	ślad	amidul.	wybitny	0·009%	80	0	—	10	10	wybitny	ślad	achroo-dekstryna	0	0·004	4 pig. *podophyl. c. aloe et rheo* częste stolce
20,2	40	6	24	—	19	ślad	ślad	amidul.	—	0·006%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2 pig. *podophyl. aqu. laxat vien.* 4 stolce

czas opracowanej niemoty u dzieci, bełkotanie łącznie z wadliwem wymawianiem, mowę nosową i jąkanie, wyświetla naukowe znaczenie logopatologii, związek jej z psychopatologią, neuropatologią, rynolaryngologią, oraz otyatryą, wyznacza miejsce jakie w szeregu nauk lekarskich winna zajmować, wreszcie podaje wyniki lecznicze. Te ostatnie przedstawiają się w następujący sposób. Na 173 przypadków niemoty leczyło się 9 osób (3 dorosłych 6 dzieci) i wszystkie odzyskały mowę. Na 191 przypadków bełkotania, łącznie z wadliwem wymawianiem, leczyło się 44 osób i wszystkie z zupełnie dobrym wynikiem. Z 48 spostrzeganych przypadków mowy nosowej poddało się leczeniu 8 osób od mowy nosowej otwartej i wszystkie osiągnęły zamierzony wynik. Nakonice z 460 osób, podlegających jąkaniu, przebyło cały kurs leczniczy 95, z których 87 zupełnie się wyleczyło, a 8 doznało znacznej poprawy.

Na szczególne rozpowszechnienie między lekarzami zasługuje wiadomość, że w Zakładzie Dra O. znajdują odpowiednie leczenie i opiekę dzieci osłabione pod względem umysłowym, u których właśnie najczęściej przytrafiają się różne zboczenia mowy. Wiadomość ta jest tem więcej pożądana, że dotychczas brak było w naszym kraju podobnego rodzaju zakładu. *Dr. W.*

Handbuch der Therapie innerer Krankheiten herausgegeben von prof. Dr. Penzoldt und Prof. Dr. Stintzing. Jena. Verlag von G. Fischer.

Dziewiąty i dziesiąty zeszyt tego poważnego podręcznika zawiera: Leczenie chorób naczyń krwionośnych przez Prof Dra Baümlera; leczenie rzeżączki przez Dra Koppa, z dodatkiem Frommela: o powikłaniach ze strony macicy i jej narządów sąsiednich — przy rzeżączce, — leczenie wrzodu miękkiego i kiły, opracowane przez prof. Picka; dalej leczenie chorób nerek i moczowodów przez prof. Leubego; leczenie chorób pęcherza moczowego i narządu płciowego męzkiego (z wykluczeniem chorób wenerycznych) przez Dra Wagnera, a wreszcie znakomicie opracowane przez prof. Ewerbuscha: leczenie powikłań ze strony oka, zdarzających się przy zaburzeniach w narządzie krwionośnym, rzeżączce, kile i chorobach nerek.

Obydwa zeszyty są początkiem już trzeciego tomu całego dzieła i zalecają się, jak i poprzednie, bogactwem treści i samodzielnością poglądów. *Dr. Z. W.*

V. Wyciągi.

Dr. Prof. Litten: **Dalsze uwagi o wałeczkach we krwi.** *(Deutsche Medic. Wochenschrift 1898, Nr. 12).* Ponieważ Dr. Buttersack podał świeżo w *Zeitschrift für klin. Medicin* (tom XXXIII) pracę swoją o zakrzepach w naczyniach włosowatych, powstałych właśnie z wałeczków owych, opisanych przez Littena (*r. 1896, Deutsch. Med. Wochenschrift, Nr. 15)*, autor ogłasza własne uwagi dalsze o tych tworach we krwi.

Sprzeciwia się poglądowi Buttersacka, że wałeczki złożone z płytek Bizzozerowych powstają w naczyniach włosowatych, na czem opiera Buttersack dalsze swoje wywody, zresztą wcale ponętne, bo tłómaczące rozmaite objawy w klinicznym przebiegu błednicy, cechującej się właśnie obfitością płytek i wałeczków. Buttersack przypuszcza, że wałeczki zatykają naczynia włosowate, tak jak zakrzepy naczynia większe, z tą tylko różnicą, iż prąd krwi wałeczki owe może wypłókać w zupełności i że się nigdy nie organizują.

Litten natomiast twierdzi, że wałeczki te, złożone z płytek, powstają w ogóle we krwi, a więc nietylko w naczyniach włosowatych ale w tętnicach i żyłach i to przeważnie w naczyniach większych. Co to ma za znaczenie, określić trudno, pokąd istota samych płytek nie zostanie rozpoznana wiedzieć, iż im więcej krwinek czerwonych ginie, tem więcej w sposób niewątpliwy. Gdyby się przyjęło zapatrywanie Engela i innych autorów, że płytki powstają z rozpadu krwinek czerwonych, o którym to rozpadzie w błednicy dobrze wiemy, to wówczas możnaby na pewnej podstawie pocej płytek we krwi, a co zatem idzie, powstają wałeczki z tych płytek przez zlepianie się ich razem (conglutinatio).

Litten dalej podaje, co w pierwszem swem doniesieniu zapomniał ogłosić, że zmarły hematolog Schimmelbusch, gdy mu Litten pokazywał wałeczki (przynajmniej pierwszy ich rodzaj, o którym mowa) uznał je za utworzone niewątpliwie z płytek Bizzozerowych.

Wałeczki mają czasem przekrój tak wielki, że nieodpowiada on nawet najszerszym naczyniom włosowatym w płucach. To też powstawać muszą w naczyniach szerszych, a nie we włosowatych. Śród badania wałeczków świeżych można widzieć, jak z otoczenia płytki przybywają i do wałeczków zaczynają się przylepiać, że w końcu wałeczki w oczach grubieją. Otóż wałeczków nie można uważać ani za sztuczne twory, ani za istniejące w tejże postaci we krwi; tylko iż we krwi znachodzą się zaczątki wałeczków przedwstępne, przygotowawcze twory, złożone z płytek, do których to tworów dopiero potem na szkiełku przyczepiają się nowe płytki i wałeczki grubieją. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. P. Csesch: **Przyczynki do statystyki raka odbytnicy i jego chirurgicznego leczenia.** *(Beitr. z. klin. Chir.* T. 19. Z III). Do kliniki wrocławskiej Mikulicza zgłosiło się 109 chorych z rakiem odbytnicy, dwa razy więcej mężczyzn niż kobiet, w wieku od 18—81 lat, najwięcej chorych liczyło 41—60 lat. Tylko u 66 można było odważyć się na zabieg doszczętny. Ten wykonano w części sposobem Volkmanna, Dieffenbacha, Lisfranca, Kraskego, a od paru lat sposobem Rydygiera. Śmiertelność z operacyi t. zw. sakralnej wynosiła 24·56%. Z chorych, tą metodą operowanych, żyje jeszcze, bez nawrotu raka, czterech, trzy lata po operacyi (a tych tylko uważa autor za radykalnie wyleczonych) (t. j. 7·01%). *Herman.*

Dr. R. Müchsam: **Przyczynek do poznania rzeżączkowych zapaleń stawów** *(Mitteil. a. d. Grenzgebieten*, T. II, S. 689). Praca statystyczna, obejmująca 41 spostrzeżeń: 24 mężczyzn i 17 kobiet, w wieku 18—58 lat. U 32 pacyentów wykazano niewątpliwie rzeżączkę części rodnych współcześnie z zajęciem stawów, istniejącem z wielkiem prawdopodobieństwem u 7; u 2-ch zaś kobiet nie stwierdzono wcale rzeżączki narządu moczo płciowego. W 30 przypadkach zajętym był jeden staw, w reszcie po kilka (2 do 8). Rzeżączka usadowiła się w kolanie 28 r., w stawie nadgarstkowym 11, w st. skokowym 9 r., w stawach śródręcza 6 r., w barkowym 3 r., w biodrze 2 r, w stawach stępu 2 r., w łokciu 1, w śródstopiu 1. Stósowano leczenie objawowe. Wyleczono zupełnie 15 chorych, u 12 stwierdzono poprawę, w 7 przypadkach nastąpiło zesztywnienie, 3 razy wypiłowano stawy, u jednego chorego odjęto udo, a jeden zmarł wśród objawów posocznicy.

W produktach zapalnych wykazano 4 razy dwoinki Neissera. *Herman.*

D. Gerhardt: **Przyczynek do nauki o krwawym moczu (Haematuria).** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 739). Kształt i barwa erytrocytów w hematuryi nerkowej bywa zawsze zmienioną. Pojedyncze ciałka są mniejsze, kuliste, brunatno-żółto lub skórzasto-żółto zabarwione. Takie same zabarwienie posiadają uorganizowane składniki osadu (nabłonki, wałeczki leukocyty etc.). Badanie spektroskopem wykazuje, że barwik ten jest hematyną. Powstaje ona z hemoglobiny wynaczynionych ciałek krwi jeszcze w kanalikach prostych nerek, po przejściu w roczyn łączy się natychmiast z plazmą otaczających komórek, zwłaszcza obumarłych i w małej tylko ilości pozostaje w roczynie w moczu. *Herman.*

Dr A. Boettiger: **O leczeniu nerwobólu n. trójdzielnego.** *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 788). Autor zwraca uwagę, że zbyt często rozpoznaje się rwa n. trójdzielnego

tam, gdzie w rzeczywistości istnieje zapalenie nerwu. Ciągły ból między napadami, jakkolwiek nie gwałtowny, charakteryzuje tę postać ostatnią. W tych przypadkach wskazanem i często skutecznem jest leczenie przyczynowe. W rwie zaś, gdzie czynnikiem etyologicznym bywa najczęściej cierpienie miejscowe kości, tętnicy dogłowowej wewnętrznej, opon mózgowych, podstawy czaszki etc., z ogólnych zaś głównie stwardnienie tętnic, leczenie objawowe dyetetyczne i mechaniczne, przeważnie stały prąd elektryczny, w początkach cierpienia, uwieńczone bywają pożądanym wynikiem; w okresach późniejszych, pozostaje tylko leczenie chirurgiczne.

Herman.

Stróżewski Konstanty: **Słów kilka o zanikach mięśniowych postępujących** *(Gazeta lekarska,* 1898, Nr. 8). W obecnym stanie nauki zaniki mięśniowe postępowe dzielimy na 3 gromady: 1) wskutek cierpienia rdzenia = *amyotrophia progress. spinalis = amyotrophia Duchenne-Aran;* 2) pierwotne = *amyotrophia primitiva = dystrophia musculorum progress.* (Erb.); 3) wskutek cierpienia nerwów obwodowych = *amyotrophia neuritica s. neuralis.*

Podział ten jednak, choć oparty na przebiegu klinicznym i na zmianach anatomo-patologicznych, nie odpowiada jednak w zupełności przypadkom.

Strümpell dochodzi do wniosku, że granice między oddzielnemi postaciami zaników mięśniowych postępowych chwieją się widocznie. Wobec obecnych poglądów o zależności nerwów od ich ośrodków odżywczych trudno sobie wyobrazić samodzielne cierpienie nerwów obwodowych i mięśni, bez udziału ośrodków odżywczych w schorzeniu.

Autor podaje dwa przypadki, w których zanik zaczął się w mięśniach wyprostnych stopy, potem (w 1 przypadku) rozszerzył się na resztę mięśni kończyn dolnych i na mięśnie kończyn górnych. Zaburzeń czuciowych nie było, jak również odczynu zwyrodnienia.

Najwięcej odpowiadałyby te przypadki gromadzie 3 zaników pochodzenia obwodowego, lecz brak im zaburzeń czuciowych, odczynu zwyrodnienia i drgań włókienkowych.

Ze względu jednak na bardzo wczesne wystąpienie choroby i to dziedzicznej, bez widocznych zaników mięśniowych, bez zaburzeń czuciowych, odczynu zwyrodnienia i drgań włókienkowych, należałoby znów zaliczyć te przypadki do postaci Erbowskiej *dystrophia muscul. progress.* Jedynie mogłoby rozstrzygnąć badanie pośmiertne, bo w postaci pierwotnego zaniku Erbowskiego zmian w układzie nerwowym niema, a w postaci obwodowej są (w nerwach obwodowych, oraz wstępujące zwyrodnienie tylnych pęczków rdzenia).

Przypadki więc autora są pośrednie, przejściowe i dowodzą, że granice ścisłe między oddzielnemi postaciami zaników nieistnieją. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Teichmüller Dr. W.: **Pojawianie się i znaczenie komórek eozynochłonnych w plwocinie gruźliczej.** *(Centralblatt für innere Medicin.* 1898, Nr. 13). Autor poszukiwał komórek eozynochłonnych w plwocinie 282 chorych. Wyniki badań swoich, w odniesieniu do plwociny gruźliczej, podaje tymczasowo, zanim ogłosi całą pracę.

Podług wszystkich badaczy plwocina suchotników nie zawiera wcale ciałek eozynochłonnych. Wyjątkowo znajdywali Leyden i Hein po jednem ciałku. Autor jednak, badając plwocinę w tym kierunku, znalazł na 153 suchotników u 111 łatwo i pewnie ciałka eozynochłonne. Zwracał on uwagę nie tylko na pojawianie się tych tworów wogóle. ale na częstość, sposób i czas występowania ich w plwocinie. W zestawieniu wszystkich przypadków uwzględnił wiek, płeć, zawód, stan ogólny, wagę ciała, obciążenie dziedziczne, okres suchot, ciepłotę i powikłania.

Z tego pokazało się, że na miesiące naprzód, nim można było wykryć prątki gruźlicze, ustawicznie ciałka eozynowe, znajdowane w plwocinie, wskazywały na to, że ustrój broni się z największym wysiłkiem przed zakażeniem. (Tem się miał znamionować początkowy okres gruźlicy u osobnika średnio silnego). Gdy wreszcie prątki swoiste pojawiły się w plwocinie, to wówczas walka eozynochłonnych ciałek zakończyła się pogromem, co można poznać po małej liczbie ich, nawet po zupełnym ich braku. Są to więc bardzo ważne wskazówki dla leczenia.

W niektórych przypadkach można znów spostrzegać odwrotny stosunek. To jest, że z miesiąca na miesiąc ubywa prątków gruźliczych, aż w końcu ciałka eozynochłonne zwycięzko zajmują pobojowisko. Ustrój się leczy, przynajmniej chwilowo.

Jeszcze częściej spostrzegał autor wahanie tych obrazów. Raz przybytek ciałek eozynochłonnych, n. p. po pobycie na wsi, potem, po kilku miesiącach zajęć zwykłych zawodowych, ubytek ich.

Jeżeli w początku sprawy chorobowej, obok mnóstwa prątków, błąkają się jeszcze licznie ciałka eozynochłonne w plwocinie, a gdy pomimo wszelkich wysiłków terapeutycznych w końcu znikają zupełnie, to rozchodzi się w takim przypadku o kwitnącą postać suchot, co też i dalsze spostrzeganie dowiedzie.

Ze swoich 143 przypadków suchot nieznalazł autor wcale ciałek rzeczonych w 42. Za przyczyny niekorzystne dla pojawiania się owych ciałek, które u tych przypadków jeszcze zbiegały się i wikłały, uważa: obciążenie dziedziczne, sprawę posuniętą, wyższe ciepłoty, powikłania, mały ciężar ciała.

Nieodzownie należy tedy, podług autora, poszukiwać ciałek eozynochłonnych w plwocinie gruźliczej.

Badanie to daje podstawę dla ocenienia odporności chorego, dla rokowania i dla ocenienia skutku leczenia.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Sachs: **Familijne niedołęztwo umysłowe, połączone ze ślepotą.** *(Deut. med. Wochenschr.,* Nr. 3, 1898). Tę nazwę nadał autor postaci chorobowej, polegającej na zmianach, stwierdzonych wziernikiem poraz pierwszy przez Taya i innych okulistów. Zmiany te polegają na obustronnem, prędzej lub później po urodzeniu występującem, zbieleniu plamki żółtej, jak to bywa przy zatorze środkowej tętnicy oka. Później i tarcze ulegają zanikowi. Dziecko zwiesza główkę, kończyny porusza tylko mozolnie i nadto zdradza brak rozwoju umysłowego.

Stwierdzono, iż objawy te występują niejednokrotnie u kilkorga dzieci tej samej rodziny. Charłactwo lub śmierć, która zazwyczaj następuje przed drugim rokiem życia, zakończają tę chorobę.

Niekiedy do cierpienia tego dołącza się zez, wahadłowe ruchy gałek i nadczułość słuchowa.

Obraz chorobowy kazałby się domyślać, iż idzie tu o zaburzenie w rozwoju mózgu dziecka, a dokładne oględziny pośmiertne, podjęte w kilku przypadkach przez autora, potwierdziły wyniki, poprzednio już przez Kingstona w Londynie otrzymane, a mianowicie rozgałęzione zmiany, objawiające się w korze mózgowej, rdzeniu pacierzowym i siatkówce. Komórki ostrosłupowe są albo zupełnie niewidoczne w okolicach korowych, albo bardzo zwyrodniałe.

Pochodzenie cierpienia, o ile dotychczasowa kazuistyka wykazuje, jest niejasne. Obwiniano (co zostało stwierdzonem w wielu przypadkach) blizkie pokrewieństwo rodziców, psychozy w rodzinie, urazy podczas połogu. Najczęściej widywano przypadki te w rodzinach żydowskich. Nigdy natomiast nie udało się stwierdzić kiły. *Dr. Wicherkiewicz.*

Mermet: **Doświadczenia nad wchłanianiem i dyfuzyą rogówki.** *(Thèse,* Paris, 1897 i *Rev. générale d'ophthalm.* Nr. 3, 1898). Rozprawa powyższa, omawiająca szczegółowo i starannie podjęte doświadczenia nad zagadnieniami, zajmującemi zarówno fizyologa, jak i okulistę, zasługuje choćby na krótkie streszczenie.

Gdy zazwyczaj przy doświadczeniach, wykonywanych na rogówce, badano objawy osmozy, to autor zwraca uwagę, że na tej właśnie błonie można także doskonale badać objawy wchłaniania i dyfuzyi. Doświadczenia swe wykonywał już to zapomocą wprowadzanych w styczność z rogówką alkaloi-

dów, znanych pod względem działania fizyologicznego, już to zapomocą soli, już też, wreszcie, zapomocą barwików, mianowicie aniliny, a w szczególności fluorescyny.

Rogówka, lubo nie ma naczyń, posiada własności wchłonne i dyfuzyjne. Już kropla roczczynu nikotyny, puszczona na rogówkę królika, pozwala stwierdzić objawy zatrucia, właściwego temu alkaloidowi. Jednakże własności wchłaniania rogówka posiada w niższym stopniu, aniżeli spojówka, a stopień ten jest zależny od stanu rogówki, to znaczy, że każde obrażenie rogówki wzmaga jej zdolność wchłaniania, a staje się ona jeszcze widoczniejszą, im dalej od środka, a bliżej rąbka; nadto zależną jest od ciśnienia śródgałkowego. Zmniejszenie ciśnienia wzmaga wchłonność. W końcu zwraca autor uwagę na to, iż tak zdolność wchłaniania, jak i dyfuzyi są zależne od istoty, użytej do rozpuszczenia przetworu, od ciepłoty i zgęszczenia roczczynu, a w końcu od stanu układu nerwowego.

Jaki jest mechanizm wchłaniania? Autor wykazuje najprzód znaczenie ochronne nabłonka i śródbłonka rogówkowego w objawach endosmozy i egzosmozy ocznej, co daje się łatwo stwierdzić przez następujące doświadczenie: po wypróżnieniu przedniej komórki, przez nakłócie w równiku, wstrzykuje się do niej pewną ilość roczczynu żelezistego, poczem zapuszcza się na rogówkę roczczyn żelazsinku. Dopóki nabłonek rogówkowy nietknięty, odczyn kwasu pruskiego nie występuje; skoro zaś tylko nabłonek dozna zranienia, natychmiast w tem miejscu następuje zabarwienie niebieskie, które wnika w głębsze warstwy. Zmieniając przy tem doświadczeniu napięcie gałki, można wykazać rozmaity wpływ nabłonka i śródbłonka na egzosmozę i endosmozę, oraz przekonać się, że daleko większe zapory występują przy egzosmozie, aniżeli przy endosmozie. Wchłanianie rogówki dzieli autor na trzy okresy: w pierwszym nabłonek daje się przeniknąć, a warstwy rogówkowe napawają się płynem; w drugim płyn wchłonięty dostaje się w prąd soku rogówkowego, w trzecim zaś przechodzi przez rogówkę, już to wprost z przodu ku tyłowi, już to po przejściu przez kąt rogowotęczówkowy. *Bol. Wicherkiewicz.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 Kwietnia 1898 roku.

Przewodniczący: kol. Machek. — Członków obecnych 27. — Jako gość kol. Okuniewski z Suczawy.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Uhma wypowiedział rzecz pod tyt.: „W sprawie zapobiegania chorobom płciowym zakaźnym". Mówca pragnie ograniczyć się, o ile to możliwe, do stosunków miejscowych. Według sprawozdania c. k. Rady zdrowia za r. 1895 na 46,118 chorych, leczonych w szpitalach krajowych, 8,577 leczono z powodu zakaźnych chorób płciowych. Odsetek zatem tych chorób jest znaczny (około 19%), a ich samych lekceważyć nie można. O groźnych następstwach kiły mówi się może do przesady, rzeżączka zaś w świetle nowszych badań coraz poważniejsze budzi obawy. Pomijając inne niebezpieczeństwa, ma ona ogromne znaczenie dla płodności, bo ginekolodzy obliczają, że z 12·5% niepłodnych małżeństw 9% (czyli 2/3) jest niepłodnych skutkiem rzeżączki. Powodów zatem dość, by chorobom tym jak najenergiczniej zapobiegać.

Zapobieganie chorobom — wogóle — polega, według dzisiejszych pojęć, przedewszystkiem na pouczeniu społeczeństwa o tem, co, jak i o ile mu grozi, zatem przed czem, dlaczego i jak bronić się ono powinno. Powtóre na oddzieleniu osób zakażonych, mogących chorobę udzielić, od zdrowych, którym może się choroba udzielić. Ztąd płynie dla czynników, przez społeczeństwo do tego powołanych, obowiązek śledzenia za osobami zakażonemi, by je od reszty oddzielić, wyleczyć i zdrowe, więc nieszkodliwe, społeczeństwu zwrócić.

Pierwszy punkt natrafia na trudności z tego powodu, że w danym przypadku są to choroby tak zw. tajne, o których nie mówi się publicznie. Trudności te jednak, choć w części, przezwyciężyć można. W r. 1895 Wydział krajowy, przychylając się do postulatu Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich z 1894 r., wydrukował krótkie pouczenie w tej sprawie, w liczbie około 4,000, przez mówcę zredagowane i rozesłał je do szpitali krajowych z poleceniem rozdawania go pomiędzy chorych, leczonych w tych szpitalach z powodu chorób płciowo-zakaźnych.

Jestto niewątpliwie jedna z właściwych dróg szerzenia wiadomości o tych chorobach bez obrażania czyichkolwiek uczuć skromności. A dróg takich można znaleźć więcej: należy rozdawać podobne pouczanie żołnierzom (w myśl postulatu ankiety, zwołanej w tej sprawie w r. b. przez c. k. Radę zdrowia), dalej uczniom szkół wyższych, członkom kas chorych, zgłaszających się z powodu tych chorób, nie należy też zapomnieć o prostytutkach.

Drugi punkt — oddzielenie osób zakażonych, tak zw. kontrola, o wiele jest trudniejszy. Liczyć się trzeba z ludźmi i chorobami.

Co do ludzi: powtórnie wspomnieć należy, że to choroby tajne, a gdyby nawet tajnemi, w tem rozumieniu, być przestały, pozostaną zakaźnemi przewlocznemi. Nie można zaś brać za złe ludziom, że się z takiemi chorobami kryją. Nie może bowiem być inaczej dopóki po pierwsze: nauka nie stanie ponad wątpliwościami. Jak długo nie mamy jasnych i ściśle określonych praw zakaźności, pewnych sposobów rozpoznawania i leczenia, dokładnych podstaw do rokowania, czego wszystkiego brakuje nam zarówno w kile, jak w rzeżączce, gdzie wiedza nasza brnie wśród domysłów, opierając się na kilku zaledwie pewnikach. Powtóre: dopóki społeczeństwo nie postawi obowiązku ponad wszystko. Kontrolę ogólną państwową może poniekąd zastąpić świadomość, skłaniająca do kontrolowania siebie samych; gdy jednak nie można działać w tym kierunku na ogół, zastanówmy się, czy nie można działać na pewne warstwy.

Wieki uprawniają do kontroli prostytucyi, ale abolicyoniści, zwalczając wyjątkowe prawa w imię równouprawnienia i wolności osobistej, wspomniane uprawnienie zakwestyonowali. Wiemy, że udało im się w niektórych państwach przeprowadzić niebezpieczną próbę zniesienia kontroli nad prostytucyą; powiadamy niebezpieczną, bo wiemy, że państwa te cofają się z obranej drogi szerokiej wolności, że zatem praktyka przemawia za kontrolą prostytucyi.

Teoretycznie rozumując, lekarka rosyjska Eltzina pisze: „Każdy prawidłowo żyjący człowiek ma zupełne prawo do osobistej wolności. Żyjący nieprawidłowo, a przez to umyślnie lub nieumyślnie zagrażający zdrowiu bliźniego, winien być uważanym za niepoczytalnego i z tego powodu dozorowanym". Nowsza też psychiatrya z coraz większą stanowczością zaznacza, że typ prostytutki, zbliżający się do typu zbrodniarek, jest w każdym razie typem nieprawidłowym, czemś chorobliwem. Byłoby zatem i prawo i obowiązek kontrolowania prostytucyi, kontrola to jednak bardzo trudna.

Z pozoru zdawaćby się mogło, że nic łatwiejszego jak skasarnizować prostytucyę, urządzić zamtuzy higieniczne, idące w swych porządkach o lepsze z porządkami sali laparotomijnej — i odrazu zaradzić złemu. Założenie najfałszywsze. Zamtuzy takie, będące tem, co niemcy nazywają *Bedürfnissanstalt*, byłyby przeciwne naturze ludzkiej, przeciwne naturze popędu płciowego. Popęd ten, jak to słusznie zaznaczył Prof. Zarewicz przy dyskusyi na ten temat w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, związany ściśle z wyobrażeniami, potrzebuje daniny dla wyobraźni, potrzebuje iluzyi, osłonek. Choć przeto nie mam nic przeciw urządzeniu takiego domu dla tych, którymby on wystarczył, muszę stanowczo przemawiać przeciw skasarnizowaniu całej prostytucyi, bo podsycaćby ono musiało szerzenie się prostytucyi tajnej. Za utrzymaniem prostytutek tak zw. krytych, których rzemiosło znałaby tylko dyskretna policya, przemawiaćby jeszcze mogła statystyka, wykazująca, że więcej jest zakażeń w zamtuzach, niż od pojedynczo mieszkających prostytutek, że te ostatnie także mniej często bywają zarażane, niż mieszkające w zamtuzach. Wprawdzie, gdzie się więcej drzewa rąbie, tam więcej trzasek leci, ale zda się, że jest tu i inny nader ważny wpływ. Oto prostytutki zamtuzowe są rzeczywiście, jak owe ptaki niebieskie, co ni sieją ni orzą, nie dbają też ani o siebie, ani o swych, tak zw. gości; podczas gdy prostytutki wolno mieszkające muszą być dbalsze. Zgodziwszy się jednak na utrzymanie prostytutek krytych, potrzebaby zapewnić sobie nad niemi kontrolę pewną i cią-

głą. w dzisiejszych stosunkach niemożliwą. Zapewnićby ją mogło rozciągnięcie nad prostytutkami takiego samego nadzoru policyjnego, jak nad osobami podejrzanemi o zbrodniczość.

Drugą warstwę społeczeństwa, podlegającą kontroli, stanowi (według przepisów przynajmniej) wojsko, a stanowićby też powinni urlopnicy, wypuszczani nieraz do domów, z notatką *constitutionelle Syphilis*, a szerzący epidemie wioskowe, często *extragenitalne*.

Trzecią warstwę dałoby się stworzyć z członków kas chorych. Instytucye te, choć one nie z tego świata, powołane jednak na tym świecie do życia, winny liczyć się z faktami.

W Peszcie w roku 1896 na 96,449 członków, liczących od 12 do 70 lat życia, zgłosiło się do kasy chorych, z chorobami płciowemi zakaźnemi 1.636, czyli około 2%. U nas pewnie nie jest lepiej, zatem i u nas kasy chorych, mające specyalistów w innych działach, powinny mieć i w tym dziale specyalistów, których zadaniem byłoby nietylko leczyć zgłaszających się chorych, ale i pouczać ich, zwłaszcza w okresie kłykcinowym kiły, o potrzebie kontroli, namawiać ich do niej i w ten sposób zaprowadzić ją bez przymusu.

Czwarta warstwa, to mamki. Doświadczenia, gdzieindziej poczynione, tylko zachęcić mogą, a kontrola taka u nas, gdzie *syphilis extragenitalis* z reguły jest *brephotrophica*, byłaby tem pożądańszą, że zwracałaby uwagę społeczeństwa w tym kierunku.

Tyle co do ludzi — choroby nastręczają niemniej trudności, o których już i wspomniałem.

O kile na pewno wiemy, że choroba może udzielić się osobie zdrowej przez przeszczepienie z osoby chorej krwi, lub niektórych wydzielin; że choroba z reguły objawia się (u mężczyzn) stwardnieniem tkanki w miejscu wszczepienia jadu, że występują niechybnie potem ogólne objawy wczesne, zazwyczaj kilkakrotnie się powtarzające, że czasem może choroba powodować objawy tak zw. późne, wreszcie, że objawy choroby ustępować zwykły pod wpływem stosowania rtęci lub jodu i że zaraźliwość choroby z początku, po zakażeniu, zazwyczaj największa, z czasem, zwłaszcza przy leczeniu, zwykła się zmniejszać.

Teoretycznie rzeczy biorąc, należałoby każdą prostytutkę, u której stwierdzono otarcie lub owrzodzenie na częściach sromowych, a która kiły nie przebywała, odsyłać do szpitala; jeśli zaś się stwierdzi u niej kiłę, należałoby trzymać ją tam przez trzy przynajmniej lata. W praktyce przeprowadzić tego nie można. Nie można z drobnostką odsyłać prostytutkę do szpitala, bo naraża się ją na ponoszenie kosztów utrzymania, tem bardziej też nie można trzymać jej tam przez trzy lata. To ostatnie przeprowadzićby się dało chyba, gdyby były umyślne na to przytułki (asylum), a takie w dzisiejszych stosunkach powstaćby mogły jedynie dzięki ofiarności prywatnej. Obecnie zaprowadzićby należało ciągłość kontroli, dokładne wykazy czy i kiedy któraś z prostytutek nabyła kiły i — wobec tego, że leczenie przeciwkiłowe zdaje się na pewno zmniejszać zaraźliwość, — zaprowadzićby można dla leczenia prostytutek przymusowe leczenie okresowe, choć przeciw niemu z innych względów podnoszą się słuszne zarzuty.

Co do rzeżączki, wątpliwości znowu pełno. I tak wierzymy już, że postać jej przewlooczna zakaża, ale znowu nierozstrzygniętem jest pytanie, czy n. p. rzeżączka przewlooczna mężczyzny musi u kobiety (lub naodwrót) wywołać najprzód rzeżączkę ostrą, czy też może — przyczem mówca obstaje, a co, przynajmniej dla kobiet, przyjmują Finger, Sée, Bylicki i inni — powodować odrazu chorobę o charakterze przewlekłym. Ideałem badania przypadków podejrzanych o rzeżączkę, byłoby badanie bakteryologiczne, gdybyśmy umieli gonokoki hodować; gdy jednak tego nie umiemy, gdy zaledwie w jakichś 60% przypadków, stwierdzonych mikroskopowo, udaje nam się hodowla, musimy uważać za szczyt doskonałości w tym względzie badanie mikroskopowe, bo to wiemy na pewno, że badanie kliniczne nie wystarcza. Dalej, doświadczenie poucza nas, że rzeżączkę nabywać się zwykło od prostytutki wtedy, kiedy ona się nie oczyściła, lub kiedy spółkowanie było nie prawidłowe. Gdy zaś na ten drugi czynnik nie mamy wpływu, powinniśmy publiczność pouczać o potrzebie oczyszczania się, a prostytutki powinniśmy uczyć mycia się.

Wrzód miękki, to pole do popisu dla lekarza kontrolującego prostytutki; ale i tu potrzeba czasu do dokładnego zbadania, a nadzwyczajną wprawą, z jaką kol. Szuszkiewicz, przy nadmiarze pracy, najdrobniejsze nawet skaleczenia wyszukuje, nie wielu będzie się mogło poszczycić. Nasuwają się jeszcze inne sprawy, na które lekarz policyjny musi zwracać uwagę; to też bardzo na czasie jest postulat ankiety, zwołanej przez Radę zdrowia, by systemizowano dla Lwowa przynajmniej dwie posady takich lekarzy, i by je systemizowano w odpowiedniej godności stanu lekarskiego randze. z odpowiednimi poborami.

Tak więc, w zapobieganiu chorobom płciowym zakaźnym, dałoby się kilka punktów wytyczyć:

I zapoznać ogół z temi chorobami;

II nad niektóremi warstwami społeczeństwa należy rozciągnąć kontrolę państwową;

III starać się o dokładną statystykę.

To ostatnie nie dla zadowolnienia, że doszło się do takich lub innych wyników, ale dlatego, żeby zawsze wiedzieć, w którym kierunku działać należy. Dzisiejsze wykazy szpitalne i policyjne nie dają dat pewnych, bo nie oddzielają rzeżączki (gonorrhoe) od nieżytów (leukorrhoe); co do wrzodu miękkiego, nie uwzględniają zupełnie owrzodzeń, nie przedstawiających książkowego typu, tak zw. *ulcera simplicia*; co do kiły wreszcie pozwalają na wielką dowolność. Należałoby natomiast uwzględniać pierwsze wystąpienie, względnie pierwsze stwierdzenie choroby, i powinno się oddzielić z tej gromady leczone później nawroty chorobowe.

Na podstawie dzisiejszych danych moglibyśmy dojść do bardzo pocieszających wniosków. I tak: w przeciągu lat ośmiu, od r. 1889 do 1896 włącznie, liczba leczonych z powodu rzeżączki mężczyzn spadła o 7·5%, podczas gdy liczba leczonych kobiet wzrosła o 25%. Usprawiedliwionym zdawałby się ztąd wniosek, że kobiety częściej się leczyły, a że mężczyzn mniej zachorowało. Liczba wrzodów miękkich wzrosła wprawdzie o 22%; natomiast liczba objawów kiły pierwszorzędnej zmniejszyła się o 32%, a kiły późnej o 15%, podczas gdy leczonych z powodu objawów wtórorzędnych przybyło 27%. Ztąd znowu usprawiedliwionym byłby wniosek, że mniej było zachorzeń, a lepiej się leczono. (Streszczenie własne).

Kol. Obtułowicz: Sprawy poruszone przez prelegenta są wielkiej doniosłości. Ustawodawstwo państwowe kładzie o tyle tamę szerzeniu się chorób wenerycznych i kiłowych, że chorych, nie dających rękojmi przeprowadzenia należytego leczenia, szczególniej w gminach wiejskich, przymusowo odstawia do szpitali, a władze sądowe karzą surowo tych, którzy lekkomyślnie, lub z powodu przesądów, rozszerzają te choroby.

Krytyczne badanie na gonokoki, daje czasem w dziale medycyny sądowej pewien wynik dodatni i pozwala przez niewątpliwe wykrycie tych dwoinek w wydzielinie, otrzymanej z cewki moczowej, rozstrzygnąć, czy zarażenie mogło nastąpić przez badanego.

Przed kilku laty Dr. O. dokonał wraz z kol. Dr. Krokiewiczem badania na gonokoki u zgwałconej 10-letniej dziewczynki, a ponieważ badanie tak u obwinionego mężczyzny, jak u zgwałconej dziewczynki, wykazało gonokoki, w sposób wykluczający wszelkie złudzenia i wątpliwości, można było wydać orzeczenie potwierdzające związek przyczynowy, udowodniony zresztą również i przez śledztwo sądowe. Na każdy sposób jednak zachować należy przy badaniach wielką ostrożność i postępować bardzo krytycznie.

Co do nadzoru nad prostytutkami, to w tej mierze należy zaznaczyć w kraju naszym wielki postęp, a szczególniej należy uwydatnić tę okoliczność, że w miastach większych odbywają się wszędzie badania przez lekarzy miejskich, dokonywane zazwyczaj 2 razy na tydzień. We Lwowie i w Krakowie badania te przeprowadzają lekarze policyjni; ale dokładność badania, z powodu braku sił lekarskich, jest nader utrudnioną. Rząd powinien zorganizować służbę lekarską policyjną (podobnie jak to się stało w Wiedniu w roku 1893) i należycie ją wyposażyć, a w szczególności raz na zawsze znieść niegodne stanu lekarskiego i uwłaczające honorowi lekarza policyjnego: pobieranie od prostytutek wynagrodzenia za zbadanie jej w domu. Jeżeli ustawa, normująca oględziny ciał zmarłych, ustanawia ryczałtowe wynagrodzenie dla oglądaczy nawet po wsiach i zabrania oglądaczom pobierać należytości od stron interesowanych — to tem bardziej lekarze policyjni powinni być tak dotowani, aby żadnych należytości od prostytutek pobierać nie potrzebowali.

Kol. Skałkowski porusza sprawę, czyby nie było dobrem nakazać w mieszkaniach prostytutek umieszczenie tablic, zalecających umywanie części rodnych.

Kol. Prof. Gluziński zaznacza, że nie tylko obwiniać należy prostytutki o szerzenie chorób płciowych, ale i gości je odwiedzających; na tych ostatnich więc trzebaby również zwracać więcej uwagi. Wła-

dze sanitarne wojskowe powinne przedkładać odpowiednie wykazy, przy sposobności wypuszczania urlopników, władzom politycznym, gdyż urlopnicy bywają niejednokrotnie rozsadnikami kiły. Mowca pamięta przypadek zakażenia całej rodziny, drogą pozapłciową przez urlopnika.

W sprawie poszukiwania gonokoków w przewlekłej rzeżączce mowca zaznacza, opierając się na pracach Behrenda, wielką trudność w ich wykryciu. Co zaś do statystyki wrzodów miękkich, to tę radzi zestawiać bardzo ostrożnie; częste są bowiem zdarzenia, że mimo rozpoznanego przez syfilidologów wrzodu miękkiego, zmiany następowe układu nerwowego świadczą, że to była kiła.

Kol. Prof. Ziembicki wyjaśnia, że Rada zdrowia robiła wojsku przedstawienia w sprawie udzielania wykazów władzom politycznym, lecz otrzymała stanowczo odmowną odpowiedź odnośnie do „führerów“ i podoficerów.

Kol. Sochanik stwierdza także trudność odróżnienia wrzodu miękkiego, od pierwotnych zmian kiłowych i radzi w tym razie bardzo ostrożnie wypuszczać chorego z obserwacyi. Za największy rozsadnik kiły uważa tajną prostytucyę.

Kol. Stachiewicz, obliczając ze swej praktyki 50% chorób płciowych zakaźnych, nabytych od szwaczek, dziewcząt z tinglów, kawiarni i fabryk tytoniu, jest za rozszerzeniem nadzoru policyjno-sanitarnego i na powyższe kategorye. Uważa także, dwukrotne na tydzień oględziny przez jednego lekarza na tak duże miasto jak Lwów, za niedostateczne.

Kol. Pisek, upatrując często tylko w nieświadomości młodzieży nabywanie chorób wenerycznych, byłby za pouczaniem ogólnem o zapobieganiu tym chorobom w wyższych klasach szkół średnich i w seminaryach.

Kol. Uhma w odpowiedzi zaznacza, co już i przed paru laty przy sposobności wykładu kol. Wachholza podnosił, że opieranie się w przypadkach sądowo-lekarskich na badaniu mikroskopowem na gonokoki tylko wyjątkowo może być dopuszczalne, bo z jednej strony nie wykazanie gnk. niczego nie dowodzi, z drugiej zaś wiemy, że istnieć może w cewce kilka rodzai dwoinek do gnk. łudząco podobnych. Żądanie obmywania części rodnych po stosunku jest słusznem, ale nie zabezpiecza, bo spółkowanie trwa dłużej niż potrzeba do wszczepienia jadu, a odpływ krwi przy opadnięciu prącia działa poniekąd jak pompa ssąca. Kol. Gluzińskiemu mówca wdzięczny jest, za danie sposobności zaznaczenia raz jeszcze, że nasze wiadomości o chorobach płciowych zak. są niepewne. Że syfilidolodzy wiedzą i przyznają możliwość omyłek w rozpoznawaniu wrzodu miękkiego a twardego podniósł już kol. Sochanik, mówca jednak pozwoli sobie — odnośnie do przytoczonego przykładu, że u kogoś, u kogo rozpoznawano kiedyś wrzód miękki, wystąpić mogą objawy późnej kiły — pójść dalej i przypomnieć znane przypadki, gdzie wogóle nigdy nie wykazano żadnego owrzodzenia, a gdzie mimo to występowały objawy już to wczesne tak zw. wtórorzędne, już też późne kiły nabytej. Wobec tego przypuszczać też można, że ktoś może raz zarazić się wrzodem miękkim, a kiedyindziej niepostrzeżenie nabyć kiłę. W sprawie badania prostytutek na gnk. mówca podniósł, że tylko badanie bakteryologiczne, gdybyśmy umieli hodować gnk., mogłoby być doskonałem. Dziś gdy hodowla gnk. często się nie udaje, trzeba opierać się na badaniu mikroskopowem, boć trudnoby się zgodzić na zapatrywanie, że lepsze nic niż coś, choćby nie zupełnie dokładne. (Streszczenie własne).

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 19 Maja.

Czyniąc zadość wielostronnym życzeniom, Komitet gospodarczy VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu przełożył termin na dzień 1, 2 i 3 sierpnia. W tym samym czasie odbędzie się wystawa przyrodnicza lekarska.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1—3 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami:

60) Referat do dyskusyi p. t. „Istota nerwic czynnościowych“. Referent Dr. Edward Zieliński z Warszawy, koreferent Dr. Edmund Biernacki z Warszawy.

61) Dr. Władysław Bruner z Warszawy: „O leczniczem znaczeniu upustów krwi“.

62) Dr. E. Biernacki z Warszawy: „Dyagnostyka hematologiczna“.

63) Dr. Jakowski z Warszawy: a) „Pierwotne zakrzepy żylne“ (studyum kliniczne) i b) „O mięszanych zakażeniach w chorobach dróg oddechowych“.

64) Dr. Pawiński z Warszawy: „Patogeneza i leczenie dusznicy bolesnej“.

65) Dr. Bronowski Szczęsny z Warszawy: „O etyologii zapalenia nerek“.

66) Dr. Sadowski Michał z Warszawy: „Gruźlica płuc i zapalenie nerek“.

67) Dr. Leszczyński Leonard z Warszawy: „O chronicznych zatruciach środkami usypiającymi“ (do sekcyi medycyny teoretycznej.

68) Prof. Browicz z Krakowa: „Z zakresu fizyologii i patologii komórki wątrobnej“.

69) „O pochodzeniu melaninu w mięsakach barwikowych“.

70) „Sztuczna krystalizacya hematoidyny w komórkach mięsakowych“.

71) „O mięsieniu błony śluzowej jamy nosowej i nosogardłowej.

72) Dr. Polak z Warszawy: „Projekt organizacyi przyszłych Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich“.

73) Dr. A. Baurowicz z Krakowa: „O guzach gruczołu tarczykowego wewnątrz krtani i tchawicy“.

74) Dr. Heveroch z Pragi: „Histopatologia postępującego porażenia“.

75) Dr. Kępiński z Warszawy: „O chirurgicznej pomocy przy procesach zapalnych łącznicy i ich następstwach“.

76) Dr. Kosmowski z Warszawy: „O wzroście i wadze dzieci polskich“.

77) Dr. Panyrek z Pragi: „Nieprawidłowy mechanizm wywichnięcia obojczyka“.

78) Dr. Flaum z Warszawy: „Referat w sprawie żywienia ludu“.

79) Prof. Dr. Chodounsky z Pragi: „Etyologiczne znaczenie natężenia“.

80) Dr. Garliński z Warszawy: „Nowotwory oczodołowe“.

81) Prof. Dr. Stoklasa z Pragi: „O fizyologicznem znaczeniu kwasu fosforowego w organiźmie roślinnym“.

82) Dr. B. R. Gepner (syn) z Warszawy: „Przypadek ostrej choroby gorączkowej niewiadomego pochodzenia z powikłaniem ze strony powiek“.

83) „Zatkanie całkowite wszystkich naczyń krwionośnych siatkówki, jako skutek zakażenia po wyrwaniu zęba.

84) Temat zastrzeżony.

85) Prof. Dr. J. Hlava z Pragi: „Z patologicznej anatomii“ (temat zastrzeżony).

86) X. X.: „O koloniach letnich, specyalnie polskich“.

87) Dr. Tchórznicki z Warszawy: „O piekarniach miasta Warszawy“.

88) Goldberg z Warszawy: „Plan tanich mieszkań w Warszawie“.

89) 2) „Ochrona dla dzieci od 2-go roku życia“.

90) Dr. Vlasak z Pragi: „ higieny (temat zastrzeżony).

91) Dr. St. Markowski z Łodzi: Temat zastrzeżony.

92) Dr. J. Talko z Lublina: „O wągrze w oku“.

93) Dr. Flatau z Berlina: „Pogląd na budowę systemu nerwowego z demonstracyami (na wspólnem posiedzeniu sekcyi dla medycyny teoretycznej i medycyny wewnętrznej).

94) Dr. Vesely z Pragi: Z medycyny wewnętrznej (temat zastrzeżony),

95) Dr. Br. Ziemiński z Warszawy: a) „Przypadek operacyi wągra podsiatkówkowego (cysticercus subretinalis).

96) „W sprawie operacyjnego leczenia krótkowzroczności“.

97) Temat zastrzeżony.

98) Dr. Z. Kramsztyk z Warszawy: „Trudności klinicznego badania jaglicy“.

99) Dr. S. Koliński z Łodzi: „Spostrzeżenia nad powstawaniem i leczeniem jaglicy“.

100) „O masażu w okulistyce“.

Jedno z posiedzeń sekcyi okulistycznej poświęcone będzie wyłącznie palącej u nas sprawie jaglicy.

* Wiec członków Izby zachodnio-galicyjskiej odbył się w sobotę, dnia 14 b. m., przy względnie licznym udziale członków zamiejscowych. Istotnych uchwał nie powzięto, gdyż Zarząd Izby pragnął na razie tylko wyrozumieć zapatrywania wiecowników na najważniejsze sprawy, dotyczące bytu lekarzy i uzyskać od nich kilka wskazówek kierowniczych. Na tej dopiero podstawie oparty, przygotuje Zarząd Izby umotywowane wnioski, z którymi stanie przed forum wiecu następnego — i wtenczas mają być powzięte ostateczne uchwały w sprawie zabezpieczenia lekarzy na starość, oraz wdów i sierót po lekarzach.

* Cesarz mianował docenta dra Karola Kleckiego profesorem nadzwyczajnym patologii ogólnej i doświadczalnej.

* W swoim czasie donieśliśmy, że grono wybitnych chirurgów naszych zamierzyło wydać nakładem kasy Mianowskiego „Podręcznik chirurgii“, będący przekładem dzieł Billroth-Winiwartera (chirurgia ogólna), Hueter-Lossena (chirurgia szczegółowa) i Kochera (chirurgia operacyjna). Okazał się właśnie I-szy zeszyt chirurgii szczegółowej i I-szy zeszyt chirurgii ogólnej. Całe wydawnictwo obejmie 150 arkuszy druku i ukończy się w połowie 1899 roku. Cena nader nizka: 50 kopijek za zeszyt 10 arkuszowy.

* Długo, a przez niektórych niecierpliwie wyczekiwana praca prof. Schenka o dowolnem oznaczaniu płci potomstwa, okazała się w witrynach wszystkich księgarni i tak bije w oczy swą czerwoną okładką, jak raziła uszy krzykliwą reklamą, która jej wyjście zapowiadała. Większą część tej książki poświęcił autor zestawieniu wszystkich znanych mu zapatrywań na powstawanie płci, a końcowych 49 stronic poświęcił właściwej „teoryi Schenka“. Podstawy tej teoryi są następujące: w moczu prawidłowym, nie licząc b rzadkich wyjątków, znajduje się, według Brückego, ślad cukru: to wydzielanie się cukru przez ustrój matki posiada wpływ na tworzenie się i dojrzewanie jaja płodowego. Kobiety, chore na cukrzycę, rodzą same dziewczęta, albo ronią; ten stan się zmienia, gdy się wyleczą. Jeśli utrata cukru jest znaczna, jajo płodowe przedstawia się mniej odżywione, słabo rozwinięte i wydaje płeć żeńską. Gdy jednak zachodzą w ustroju kobiety takie biochemiczne sprawy, wśród których, przez wzmożone utlenia nie węglików wodu, znika ten ślad cukru, to jajo płodowe rozwija się silniej i powstaje płód męzki. Zatem jasnem jest (sądzi Schenk), że jeśli matkę tak będziemy celowo odżywiać i to 2 miesiące przed zastąpieniem i 3 po zastąpieniu, ażeby cukier w moczu nie pojawiał się, to, w myśl wyżej wypowiedzianego twierdzenia, możemy oznaczyć płeć płodu. Schenk zastrzega się, że twierdzenie swoje opiera na długiem doświadczaniu i utrzymuje, że stosowne, celowi odpowiedne, żywienie matki, jest w jego teoryi rzeczą główną, lecz dodajmy, w zasadzie nie nową; pozorna prostota tej teoryi wikła się, gdy sam Schenk wyznaje, że cukier w moczu znika, raz przy stosowaniu pożywienia bogatego w azot, innym znowu razem przy żywieniu tłuszczami i innymi węglikami wodu. Z tego więc wynika, że, przez rozmaite zmiany w chemizmie odżywczym, należy wyszukać tę normę, przy której cukier nie wydziela się w moczu, czego dalszem następstwem jest wpływ na powstawanie płci. Zarodek męzki potrzebuje dla swego powstania więcej białka niż żeński i w tem twierdzeniu streszcza się zasada i praktyka tak zw. teoryi Schenka.

Fachowa krytyka niemiecka nie wyraża zachwytu dla książki Schenka.

* W Monachium pojawiła się krytyka teoryi Schenka pióra prof. Winkla, który, zaznaczywszy, że wpływ rodzaju odżywienia matki na płód jest rzeczą oddawna znaną, czyni następującą uwagę: gdyby pożywienie stanowiło jedyny czynnik tworzenia się płci, to mieszkańce pampasów południowo-amerykańskich, żywiący się tylko mięsem, mieliby potomstwo, jeśli nie wyłącznie, to przeważnie męzkie; natomiast niektóre plemiona indyjskie, żyjące tylko roślinami, cieszyłyby się wielką przewagą cór, co w istocie nie ma miejsca, a tu i tam, jak zresztą wszędzie, jest ten sam stały stosunek obu płci.

* Prof. Dr. Prus zwraca naszą uwagę, że w ogłoszeniu tytułu zapowiedzianego przez niego odczytu na Zjeździe poznańskim (Nr. 20 „Przegl. lek.“ str. 251) zaszła pomyłka: w miejsce „O umiejscowieniu środków ruchomych w korze móżdżka“ ma być „ruchowych“.

Mianowani: Dr. Czirwiński, profesor nadzwyczajny farmakologii w Dorpacie, mianowany został profesorem zwyczajnym.

* Stopień doktora medycyny na Uniwersytecie Jagiell. otrzymali: Napoleon Kostanecki, Stefan Grzybowski, Alfred Merz i Bolesław Kostecki.

Nekrologia. † Dr. Tadeusz Zieliński. Do szeregu ofiar zawodu lekarskiego przybyła jeszcze jedna. Dnia 28 kwietnia b. r., po krótkich cierpieniach, zmarł w Starych Bohorodczanach Dr. Tadeusz Zieliński, lekarz okręgowy w Podbużu, w 29 roku życia, a w czwartym praktyki lekarskiej.

Ś. p. Tadeusz ukończył gimnazyum w Stanisławowie, z postępem celującym, a studya lekarskie odbył w Krakowie, z wyszczególnieniem. Po półrocznej służbie wojskowej objął ciężkie obowiązki lekarza okręgowego w Podbużu, gdzie pracując przez $2^1/_2$ lata, wyróżnił się zawodową sumiennością i gorliwością, a jak pojmował swoje obowiązki, świadczy najlepiej artykuł, ogłoszony w tegorocznym Nrze 7 »Przegl. lek.«. napisany przez niego w czasie, kiedy już zdrowie bezpowrotnie straconem było.

Wezwany w nocy w końcu grudnia 1897 r. do niedoszłego samobójcy i nie mogąc z powodu wielkiej zawiei śnieżnej dostać się do celu podwodą, szedł pieszo przez całą noc, brnąc po pas w śniegu; następstwem tego było, że już nazajutrz zachorował na ciężką grypę (influenzę) powikłaną z zapaleniem płuc i mimo, iż jeszcze dźwignął się z łoża boleści, by dalej nieść pomoc cierpiącym, niedługo już pracował; czując się bardzo wycieńczonym, wyjechał do rodziców swej żony, gdzie po tygodniu zakończył młode życie, które od lat dziecięcych niemal poświęcał ciężkiej pracy w trosce o chleb powszedni.

Lecz choć żył krótko, pozostawił po sobie powszechny żal u kolegów i u tych, dla których z zaparciem się pracował. Zdolny, pracowity i zapracowany poświęcał wolne chwile dalszemu kształceniu się zawodowemu. Był to najzacniejszy człowiek, z zaparciem się oddany służbie dla ubogich, a na zawód lekarski zapatrujący się ze stanowiska wzniosłego, niemal idealnego. Osierocił żonę z półrocznem dzieckiem, dla której, choć w części, niech to będzie pociechą w tym ciężkim smutku, iż stratę jej odczuwa i podziela cały zastęp kolegów zmarłego. *Sit tibi terra levis!*

Dr. Waleryan Kowenicki.

Zmarli: Dr. Schillbach, profesor chirurgii w Jenie. Dr. Gruber, profesor chirurgii, 71 r. życia, w Charkowie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 20: Doc. dra Korczyńskiego L.: Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacyi klimatycznej dla chorych gruźliczych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 20: Dra Ciąglińskiego A.: O dezynfekcyi i profilaktyce w praktyce lekarskiej. Dra Puławskiego A.: Kilka słów o różyczce (rubeola) z okazyi własnych spostrzeżeń (dokończenie).

Redakcya otrzymała:

— Prof. Concetti Luigi: L'organo-terapia nelle nefriti della infanzia. Rzym, 1898.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 28. Maja 1898. Nr. 22.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych typu nadnercza.

(Z Zakładu anatomii patolog. prof. Obrzuta we Lwowie)

napisał

Dr. Paweł L. Kučera,

asystent instytutu.

Piętnaście lat mija od chwili, w której Grawitz [1]) zwrócił uwagę patologów na małe nowotwory w korze nerkowej, zawierające bogatą ilość tłuszczu, a oznaczane przedtem mianem *lipoma renis*; starał się on wykazać, że pochodzenia większej części tych nowotworów szukać trzeba w cząstkach oderwanych i zabłąkanych w czasie rozwoju zarodkowego narządu sąsiedniego, z nadnercza, gdzie analogię z nimi przedstawia t. zw. *struma suprarenalis* Virchowa. Grawitz udowodnił — (niżej wymienię podstawy, na których oparł swoje twierdzenie), — że nie można utworów tych wcale uważać za równoznaczne z tłuszczakami (lipoma) innych narządów, i że cecha ich komórek jest zupełnie swoistą, odrębną, zwłaszcza różną od komórek przybłonkowych nerki. Tem twierdzeniem stanął Grawitz zarazem na przeciwnem stanowisku do zapatrywań Klebsa, Sturma i Sabourina, według których szeregi komórek przybłonkowych w tych nowotworach pochodzą wprost z przybłonka kanalików nerkowych.

Od tego czasu powstała na ten temat cała literatura. Jakkolwiek w licznych tych artykułach i polemikach nie wszyscy autorowie mieli tę samą rzecz na oku, i ztąd właśnie wynika sprzeczność zdań, to przecież oddzielić można obóz tych, którzy stwierdzili lub rozszerzali zapatrywania Grawitza, od obozu jego przeciwników. Do pierwszych zaliczyć należy Horna, Ambrosiusa, Askanazyego, Benekego, Lubarscha, z nowszych Manassego, Merviniego, Gattiego, Rickera. Z nich Horn [2]), jak ogólnie sądzą, zadaleko poszedł w kierunku pojęć Grawitza, zaliczając i rzeczywiste gruczolaki (adenoma) nerkowe do nowotworów typu budowy nadnercza. Lubarsch [3]) starał się wynaleźć prócz cech, przez Grawitza ustanowionych, jeszcze nowe znamiona dla tych guzów i widzi w zawartości glikogenu w tych nowotworach cechę znamienną dla tkanki nadnercza. Jednak wykazano, że wprawdzie glikogen zawsze można stwierdzić w tych nowotworach, lecz nie podobna uważać go odwrotnie za charakterystyczną ich cechę, gdyż i inne nowotwory nerek, wychodzące z miąższu nerkowego, według Manassego [4]), oddziaływują dodatnio na odczyn glikogenu. Gatti [5]) szuka podobnież na drodze chemicznej poparcia dla teoryi Grawitza, udowadniając, że bogata zawartość lecytyny w nowotworach, o których mowa, i w tkance nadnercza, jest nowym dowodem wspólnego pochodzenia i jednakiej przyrody obu rodzajów komórek; — myśl zresztą nie nowa, bo już Grawitz sam o lecytynie wspomina. W ogóle, od czasów Grawitza, więcej usiłowano pogłębić jego pojęcia, aniżeli wynaleźć nowe, oryginalne.

Jako przeciwnik zapatrywań Grawitza wystąpił, wprawdzie w dobrej wierze, lecz z niewielkiem powodzeniem Sudeck [6]), który dopatruje się początku tych nowotworów w kanalikach nerki samej i stawia je w rzędzie rzeczywistych gruczolaków nerkowych, przyczem kładzie główny nacisk na wytwarzanie się światła w alweolach lub cewkach, wyścielonych komórkami nowotworowemi i wykazuje, że niema różnicy pomiędzy gruczolakiem brodawczakowym (adenoma papillare) i siatkowatym (alveolare), którą przyjmuje Grawitz. Właśnie przeciw Sudeckowi skierowana jest głównie wyżej przytoczona praca Lubarscha.

Jeszcze jedno zapatrywanie należy uwzględnić, mianowicie Driessen i Hildebrand [7]) dopatrują w śródbłonkach i nabłonkach (endothelium et perithelium) naczyń krwionośnych lub chłonnych, macierzystą glebę tych utworów, — a czy słusznie — niżej zobaczymy.

Obok nich szereguje się de Paoli, który przypadki swoje, tu należące, opisuje jako naczyniomięsaki.

O zachowaniu się klinicznem tych nowotworów można powiedzieć z Hornem i Minervinim (przytoczono według Gattiego), że albo pozostają małymi, bywają często w większej liczbie, ulegają zwyrodnieniu i klinicznych objawów nie przedstawiają, albo guz się powiększa, niszczy w części lub zupełnie tkankę nerkowa, przyczem pozostaje zbitym, — albo też wskutek zwyrodnienia części środkowych, przemienia się w torbiel często krwią napełniony, i przedstawia obraz kliniczny guza pozaotrzewnowego; albo wreszcie zachowuje się jako rak: rośnie, robi przerzuty i doprowadza do chery rakowej.

Guzki pierwszej gromady bywają często znajdowane przygodnie przy sekcyi; nowotwory drugiego rodzaju są już daleko rzadsze: do nich to najwięcej stosuje się nazwa *struma suprarenalis aberrata renis*; a przypadki z cechą złośliwą zawsze jeszcze można bez wielkich trudów policzyć. O jednym sam Grawitz już wspomina; w zestawieniu Lubarscha, pomiędzy 29 przypadkami z przebiegiem klinicznym, znajduje się 16 tych nowotworów, pierwotnie wycho-

[1]) Virchows'Archiv Bd. 93, 1883.
Langenbeck's Archiv Bd. 30, 1884.
[2]) Virch. Archiv Bd 126, 1891
[3]) Virch. Archiv Bd. 135, 1894.
[4]) Virch. Archiv Bd. 145, 1896.
[5]) Virch. Archiv Bd. 144, 1896.
[6]) Virch. Archiv Bd. 136
[7]) Langenbeck's Archiv Bd. 147, 1894.

dzących z nerki z przerzutami. Wszystkich przypadków Grawitzowskich guzów naliczył Gatti 60, jednak nie wszystkie robiły przerzuty. Najczęstszem miejscem przerzutu bywają: wątroba, płuca, gruczoły zaotrzewnowe, żyła główna; rzadszemi są one w sercu, gruczole tarczykowym, trzustce, na żebrach i kręgosłupie. Co do wieku, wszystkie jednostki, u których nowotwór przybrał cechę złośliwą, miały z małymi wyjątkami, ponad 35 lat. Manasse skarży się w niedawnej swej pracy, że przerzutów tych nowotworów nigdy mu się widzieć nie udało.

W Instytucie naszym dokonano z początkiem stycznia t. r. sekcyę przypadku z kliniki chorób wewnętrznych prof. Gluzińskiego[8]), w którym rozpoznanie kliniczne opiewało: *Angiosarcoma glandulae suprarenalis (?) et renis sinistri. Angiosarcoma hepatis et lienis metastaticum. Pleuritis sin. Pericarditis obsoleta. Ascites. Anasarca.*

Przy sekcyi zachodziły wątpliwości, co do charakteru nowotworu; dopiero badanie mikroskopowe wykazało, że guz ten należy do gromady nowotworów Grawitza, tak iż rozpoznanie patologiczno-anatomiczne brzmiało:

Struma suprarenalis aberrata maligna renis sin. Metastases hepatis, pleurae, pulmonis utriusque et venae cavae ascend. Atelectasis partium infer. lobi inf. utriusque pulmonum ex hydrothorace. Pericarditis fibrinoso-haemorrh. Tumor lienis acutus. Degener. parench. hepatis. Hydrops anasarca, Ascites. Septicopyaemia.

Z protokołu sekcyjnego wyjmujemy następujące szczegóły.

»Zwłoki mężczyzny 43-letniego, wzrostu średniego, budowa kośćca słaba, odżywienie złe, barwa skóry żółtawo-sinawa. Brzuch lekko wzdęty, sprężysty, miękki. Gruczoły nigdzie nie powiększone. Naokoło kostek obrzęk. Mózg bez zmian. Przy otwarciu klatki piersiowej płuca lekko opadają, w obu jamach opłucnowych znaczna ilość czystego płynu jasno-czerwonego. Worek sercowy niepokryty, zawiera taki sam płyn w większej ilości.

Oba płuca zupełnie wolne, odpowiednich rozmiarów, lekkie. Opłucna nad płatami górnymi napięta, lśniąca; nad dolnymi zmarszczona. Na całej powierzchni płuc widać równomiernie rozsiane guzki podopłucnowe, od wielkości grochu do wielkości małego jaja kurzego i od takich, które tylko występują jako małe wzniesienia, aż do rozmiarów narośli o wyraźnej szypule. Miejscami łączą one (guzki) 2 płaty i tworzą most nad brózdą międzypłatową Na powierzchni ich opłucna wszędzie gładka, bez zmian. Na przekroju przeważa ułożenie guzów pod opłucną, i tam także wielkość ich znaczniejsza w stosunku do nielicznych, małych, zupełnie w miąższu płucnym zagrzebanych guzków. Miąższ płucny wszędzie powietrzny, (jednak ku dołowi znacznie w mniejszym stopniu), wiotki, w częściach górnych szaro-zielonaworóżowy, w dolnych ciemno-czerwony, na przekroju wszędzie gładki, lśniący. Za uciskiem zalewa się tkanka znaczną ilością cieczy drobnobańkowej, ciemnoczerwonej. Co do guzów, to niektóre na przekroju okazują istotę szaro-żółtawą, bladą, rozmiękłą; inne, większe przedstawiają się jako torbiele, o ścianach mniej lub więcej zcieńczałych z treścią gęstą, śluzowatą, szaro-żółtawą. W częściach obwodowych guzów wszędzie dostrzega się znaczną ilość przekrojów naczyniowych.

Serce: cienkie naloty włóknika na osierdziu, mięsień sercowy kruchy. W jamie brzusznej większa ilość wolnego, blado-czerwonego, czystego płynu. Wątroba obniżona na 4 palce. Ułożenie kiszek prawidłowe. W lewej połowie jamy brzusznej, odpowiednio do położenia nerki lewej, występuje guz zaotrzewnowy, na którego stronie bocznej przebiega okrężnica zstępująca; w okolicy środkowej znajdują się pętle kiszek cienkich, przed dolnym zaś końcem zagięcie esowate a przez największą wypukłość na poprzek przechodzi okrężnica poprzeczna. Otrzewna nad guzem mocno napięta lśniąca i wraz z początkiem trzonu kręzkowego przykrywa go. Wielkość tego guza dochodzi rozmiarów głowy dziecka nowourodzonego. Powierzchnia nierównomiernie grubo wzgórkowana, gładka; zbitość guza znaczna, sprężystość wyraźna. Przy wyjmowaniu stwierdza się, że guz ten jest mocno przyrośnięty do lewej ściany jamy brzusznej i do kręgosłupa. Na przekroju widać, że cały guz jest otoczony torebką łącznotkankową, grubości około $^1/_2$ ctm., w niej liczne przekroje naczyń i miejscami tkanka, mogąca uchodzić za resztki miąższu nerkowego. Sam guz ma 17 ctm. w przekroju, przedstawia się jako masa siarkowo blado-żółta, dość jednostajna, nieznacznie rozmiękła, poprzerzynana bledszymi, jednolitymi prążkami jednostajnie zbitej tkanki i okazuje liczne jamy, począwszy od wielkości minimalnej aż do wielkości bobu, wypełnione treścią śluzowatą, przeświecającą. Na tylnej powierzchni guza znajdujemy resztki nerki i to największą część w połowie górnej, na których odróżnić można dobrze korę i kilka piramid od rozszerzonej zatokowatej miedniczki. Kora na tym miejscu wynosi ze 3 mm., jest zbita, szaro-czerwona; w niej zupełnie odosobnione, okrągłe ciałko wielkości grochu, blado-żółtawe, niewyraźnie odgraniczone (mały zbłąkany zarodek nadnercza). Piramidy barwy i budowy kory, mało odgraniczone. W miedniczce łatwo można odszukać początek moczowodu, który prawie zupełnie jest zamknięty przez zatyczkę szaro-czerwoną, długości 15 ctm. przyczepioną tylko na początku moczowodu i to jeszcze nie na całym obwodzie, a dalej zupełnie wolną, do ścian moczowodu przylegającą, miejscami lekko zwężoną. Sam moczowód nieznacznie rozszerzony, o ścianach grubych, gładkich.

Podobnie i początek żyły nerkowej zawiera skrzep przy samej wnęce nerki, zrośnięty z błoną wewn. naczynia. Dalej w kierunku prądu krwi wolny, rozstrzępiony. W miejscu, gdzie żyła nerkowa wpada do żyły głównej, widać uszypułowaną narośl naścienną, wielkości orzecha włoskiego, wzgórkowaną, szaro-czerwoną, wiotką. Tętnica nerkowa i aorta bez zmian.

Cała tylna powierzchnia nowotworu pokryta jest 1—3 mm. grubą powłoką tkanki nerkowej, z której tkanka łatwo schodzi, i odsłania powierzchnię zupełnie gładką. Pod tą resztą nerki, bez nagłego przejścia od strony guza, i od strony powierzchni, ułożona jest wyżej wymieniona warstwa łącznotkankowa grubości mniej więcej $^1/_2$ ctm. Zupełnie oddzielnie od guza głównego nerki, na przedniej stronie guza, znajduje się we właściwej torebce drugi mniejszy guz, wielkości jaja, miękki, budowy gąbczastej o wielkich okach, wypełnionych przeświecającą rzadką cieczą; na dolnym końcu guza znajdują się podobne mniejsze guzki, lecz w mniejszym stopniu rozmiękłe.

Wątroba powiększona, waży 3400 grm. Torebka jej napięta, gładka, lśniąca, brzegi tępe. Na obu płatach, tak na górnej jak i na dolnej powierzchni, występują pod torebką nieliczne, lecz znacznych rozmiarów, do wielkości jaja gęsiego dochodzące guzy, o powierzchni gładkiej, szaro-żółtawej, w środku lekko zapadłe; z nich największy, o wymiarze 13×9 ctm., znacznie wystający, nieprawidłowo grubo wzgórkowany, znajduje się na dolnej powierzchni koło wnęki w płacie lewym Na przekroju wątroba przekrwiona, budowa zamazana, barwa żółtawo-czerwono-brunatna, zbitość krucha. Odpowiednio do wystających guzów znajdują się i głębiej w utkaniu wątroby ogniska, otoczone unaczynioną, szaro-czerwoną tkanką łączną, na przekroju równą, konsystencyi miejscami dość zbitej, miejscami wejrzenia masy serowatej, lub zupełnie rozmiękłej, barwy szaro-żółtawej.

Nerka prawa prawidłowej wielkości, prócz kruchości miąższu, zmian nie okazuje.

Nadnercze lewe, ułożone na górnym końcu guza, poza torebką, wielkości prawidłowej. Na przekroju rdzeń jego szerszy, blado-szarawy zbitości rdzeniastej. Nadnercze prawe zupełnie bez zmian.

Na uwagę zasługuje jeszcze śledziona, która wprawdzie z guzem niezrośnięta, jednak dolnym końcem do niego przylega i jest znacznie powiększona = 15 × 10 × 7 ctm. Torebka jej napięta, lśniąca. Na przekroju miąższ szaro-czerwono-brunatny, przekrwiony, beleczki i torebki niewyraźne, miazgi dużo, zbitość krucha. Barwa na przekroju szybko przechodzi w ciemniejszą. Jelita bez zmian. Gruczoły krezkowe i zaotrzewnowe tylko nieznacznie powiększone, blade.

(Dokończenie nastąpi).

---

[8]) Klinicznie będzie przypadek ten opisany przez Dra Marischlera, asystenta kliniki.

II. Z prosektoryum sądowo-lekarskiego w Paryżu.

Kilka luźnych spostrzeżeń

podał

Dr. Stanisław Ciechanowski,

docent anatomii patologicznej i asystent Uniw. Jagiell.

III. Przyczynek do sprawy błędów lekarskich.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Ustawodawstwo francuskie nie posiada osobnych postanowień, dotyczących błędów lekarskich; w ten sposób zaliczają się one we Francyi do przewinień, wynikających z karygodnego zaniedbania (§. 319 i 320). Za karygodne zaniedbanie zaś uważa kodeks francuski, jak wszystkie ustawodawstwa, jeżeli ktoś nie wykonał czynności mogącej zapobiedz niebezpieczeństwu, grożącemu drugiej osobie, chociaż czynność tę wypełnić był powinien i jeżeli z tego wynikła śmierć lub, rozmaicie w różnych kodeksach określana, szkoda na zdrowiu. W danym przypadku uznał sąd za rzecz pewną, że Dr. L. użył igły bez ochrony ręką; jakąbykolwiek wartość należało przypisywać zeznaniom świadków, rzecz była o tyle prawdopodobna, że nawet obrońcy Dra L. nie próbowali poruszać tego szczegółu i że z tej strony sprawa jest przesądzoną. Pytania, czy użycie przez Dra L. igły było rzeczą zgodną z zasadami sztuki lekarskiej, a które „mutatis mutandis“ stanowiło treść ciekawego przypadku, ogłoszonego u nas przed kilku laty [1]), nie potrzebowano w danym razie rozstrząsać, ponieważ, zdaniem wszystkich znawców, Dr. L. miał pełne prawo użyć narzędzia, jakie uważał za stosowne.

Inaczej jest z drugą częścią motywów wyroku sądowego, bez której nie możnaby uznać Dr. L. winnym, a mianowicie z twierdzeniem, że „obrażenia pęcherza sprawione były przez igłę“. Sąd, wybierając z dwóch sprzecznych zdań znawców jedno, nie odwołując się do orzeczenia żadnego grona naukowego, przekroczył w tym przypadku właściwy swój zakres i stanął w sprzeczności z zastrzeżeniem, pomieszczonem w samym wyroku, że nie jego zadaniem jest „sprawdzać rozpoznanie“. To wkroczenie sądu w zakres czysto lekarski było uzasadnionym powodem niezadowolenia, jakie wywołał wyrok w kołach lekarskich, gdyż nie ulega wątpliwości, że nasuwało się tu zagadnienie naukowe, ostatecznie nierozstrzygnięte, któremu właśnie chciałbym poświęcić kilka uwag.

Zagadnienie to w najprostszej postaci streszcza się w pytaniu, czy wynik sekcyi uprawniał do tego, aby twierdzić stanowczo, iż między śmiercią położnicy a zabiegami Dra L. istniał związek przyczynowy i czy nawet, gdyby tak było, Dr. L. popełnił istotnie błąd lekarski?

Druga część tego pytania, aczkolwiek na pozór paradoksalna, ma jednak znaczenie doniosłe i to z ogólnego stanowiska sądowo-lekarskiego, bez względu na to, w jakim kraju stałby się podobny przypadek i pod jakie prawne postanowienia mógłby podpadać. Zeznania chorych, leczonych przez Dra L. przed owym fatalnym porodem, wystawiające mu jak najlepsze świadectwo, gotowość jego do ratowania chorej, która wbrew jego radzie, nie chciała się udać do szpitala, wytrwałe usiłowania ukończenia porodu, wszystko to zdaje się świadczyć, że Dr. L. działał w jak najlepszej wierze; okoliczność, że nie pojawił się później u położnicy, nie może mieć znaczenia wobec tego, że Dr. L. wezwany był w tym nagłym przypadku tylko do pomocy, którą jednorazowo nieść się zobowiązał, i w kraju, w którym nie istnieje taki ustawowy przymus wykonywania obowiązków lekarskich, jak w Austryi. Otóż jest coś przeciwnego ludzkości, coś nienaturalnego w tem, aby lekarz, działający w dobrym zamiarze i wysilający się na to, by uzdrowić, mógł być zasądzony, jako winowajca; prof. P. nie ograniczając się do zeznań w sądzie, wyraził się w jednym ze swoich wykładów: „Jakto, więc lekarz, którego wszystkie czynności kierowała jedyna pobudka, chęć ocalenia człowieka, który w tym celu kilka godzin ciężko w nocy pracował, może być traktowanym, jak zwyczajny zbrodniarz?!“

Z przytoczonych twierdzeń Prof. P. i Dra V. widać, że obrońcy Dra L. szukali wyjścia z tego przykrego położenia, starając się zachwiać wnioskami wywiedzionymi przez urzędowych znawców z wyniku sekcyi. Trzeba przyznać, że zarzuty Prof. P. i Dra V. są w znacznej części uzasadnione. Opis sekcyi nie może służyć za wzór, mimo że, w porównaniu do sposobu, w jaki spisują się we Francyi wyniki badań sądowo-lekarskich, jest względnie szczegółowym i dokładnym. Daje się tu uczuwać brak jednolitych przepisów, brak pewnych stałych ram, które może niekiedy są uciążliwe, w każdym jednak razie chronią od przeoczenia szczegółów najważniejszych i są wielką pomocą zarówno dla początkującego lekarza sądowego, jak i w przypadkach trudniejszych, w których lekceważenie utartej formy mści się nieraz dotkliwie na znawcy. Stąd zupełnie słusznie odezwały się we Francyi, po sprawie Dra L., nawoływania do tego, aby ulepszyć sposób badania i nadać stałą formę orzeczeniu sądowo-lekarskiemu, określając je pewnymi przepisami i wymagając przy każdem badaniu obecności dwóch lekarzy, nie zaś, jak dotąd często się dzieje, jednego.

Do niedokładności, podniesionych przez Dra V., doliczyć trzeba jeszcze brak dokładnego określenia kierunku, a poczęści i siedziby przedziurawień, znalezionych w pęcherzu zmarłej Fr., jakoteż ich znamiennych cech.

Mając sposobność widzieć dobrze zachowany okaz, uzyskany przy sekcyi, mógłbym dodać do opisu znawców, że otwór na przedniej ścianie szyjki macicy odpowiadał zupełnie kierunkiem i wymiarami otworowi na tylnej ścianie pęcherza, z którym łączył się krótkim, nieco skośnie ku prawej stronie biegnącym kanałem o tym samym przekroju, i że otwór w prawej bocznej ścianie pęcherza, a raczej na granicy ściany bocznej i tylnej, odległy od tamtego tylko o 4 ctm., odpowiadał mu kierunkiem dłuższej swej osi, leżąc jakby w przedłużeniu kanału rany pęcherzowo-macicznej, coby świadczyło, że powstanie tych otworów, przy jednorazowem użyciu narzędzia, długiego $21\frac{1}{2}$ ctm., a działającego swym spłaszczonym, obosiecznym, zakrzywionym końcem jako narzędzie tnące, a nie kłójące, było zupełnie możebne. Wejrzenie ran, zakończonych w dłuższej osi ostrymi kątami, posiadających brzegi zupełnie ostre, łukowato od siebie ku środkowi rozchylone, przez co otwory posiadały postać krótkiego owalu, jak wszystkie rany cięte tkanin elastycznych, czyniłoby to przypuszczenie tem prawdopodobniejszem, że operator działał igłą, trzymaną w ręce prawej,

[1]) W którym użyto haka od drzwi do wykonania obezgłowienia (dekapitacyi) płodu.

a kierunek ruchu, wykonanego narzędziem tak trudnem do ujęcia, mógł mimowolnie zbaczać najłatwiej ku stronie prawej rodzącej.

Ponieważ jednak szczegółów tych niema w opisie sekcyi, a Prof. P. i Dr. V. okazu zachowanego przy rozprawie widzieć nie chcieli, przeto należy stwierdzić, czy pomimo to mieli podstawę do zupełnego obalenia wniosku znawców Dr. M. i S. i czy podane przypuszczenia były prawdopodobniejsze. Zdaje mi się, że nie. Przypuszczenie, że przedziurawienia pęcherza powstały podczas sekcyi, upada samo przez się wobec tego, że stanowczo stwierdzono podbiegnięcia krwawe brzegów ran. Drugie przypuszczenie, że obrażenia powstały przed użyciem igły, pod działaniem n. p. końców kleszczy, jest już dlatego bardzo nieprawdopodobnem, ponieważ w takich razach spostrzegano obrażenia zupełnie inne, przedewszystkiem gdzieindziej usadowione, a następnie, jest ono nieużyteczne, ponieważ, mimo niepewnych zeznań świadków, sąd uznał za udowodnione zastosowanie kleszczy bez ochrony ręką. Trzecie przypuszczenie, że otwory powstały w taki sposób, jak samoistne przetoki pęcherzowo-maciczne, nie liczy się z tem, że zmiany takie powstają prawie zawsze wskutek ucisku i wywołanej przez to nekrozy, czego w danym przypadku nie stwierdzono; nie tłómaczy ono zresztą dostatecznie powstania otworu w bocznej ścianie pęcherza.

Pozostaje więc tylko przypuszczenie samoistnego pęknięcia macicy, lecz i ono jednak również nie tłómaczy, skąd wziął się otwór w bocznej ścianie pęcherza, prowadzący do jamy otrzewnej. Nadto już przed dziesięciu laty wykazał Katayama[2]), badając doświadczalnie pęknięcia macicy i pęcherza pod działaniem narzędzia stożkowatego, że powstające przez to szczeliny przebiegają zawsze w pewnym stałym kierunku, podobnie jak w skórze („Spaltbarkeitsrichtung“) i że pęknięcia samoistne macicy przebiegają prawie zawsze zupełnie taksamo, jak szczeliny, wywołane narzędziem stożkowatem; zwrócił on przytem uwagę, że ta stałość kierunku szczelin („Spaltbarkeitsrichtung“) może w razach wątpliwych służyć do odróżnienia skutków błędów lekarskich od pęknięć samoistnych, dostarczając wskazówek co do ogólnych własności użytego narzędzia. Macica ciężarna zachowuje się zupełnie inaczej, niż nie ciężarna; przytem nietylko błona śluzowa i surowicza pękają zwykle w odmiennych kierunkach, ale także pojedyńcze warstwy mięsne zachowują się rozmaicie, wskutek czego brzegi samoistnych pęknięć z reguły nie są równe. Pokrywająca pęcherz błona surowicza pęka poprzecznie, warstwa mięsna ściany tylnej pęcherza w linii środkowej pionowo, po bokach skośnie, przyczem szczeliny układają się w linie, biegnące rozbieżnie od środka ściany tylnej ku zewnątrz i górze i przechodzące ku bocznym ścianom w linie łukowate, które okrążają współśrodkowo ujścia moczowodów. Błona śluzowa tylnej ściany pęcherza pęka w środkowej linii ściany prawie poprzecznie, zresztą zaś skośnie. W przypadku zaś Dra L. oba pęknięcia zupełnie nie odpowiadają danym, znalezionym przez Katayamę.

Wobec tego, nawet na podstawie opisu sekcyi, należałoby w danym przypadku uważać obrażenie pęcherza igłą za prawdopodobniejsze, niż wszystkie inne przypuszczenia. Znawcy urzędowi popełnili zaś błąd, zbyt niestety częsty, nadając orzeczeniu postać zbyt stanowczą, w porównaniu do wniosków, do jakich mieli prawo.

Pomimo tego jednakże, że uszkodzenie podwójne pęcherza zapomocą igły, a więc związek przyczynowy śmierci położnicy z zabiegami, podjętymi przez Dra L., był prawdopodobniejszy, niż wszystkie inne przypuszczenia, nie można w danym przypadku, mojem zdaniem, z punktu widzenia lekarskiego, mówić o błędzie lekarskim. Pomimo że określenie błędu w sztuce ze stanowiska lekarskiego jest rzeczą trudną i do dziś dnia ostatecznie nie załatwioną, to jednak można przyjąć określenie, podane przez Oesterlena[3]) za wystarczające. „Lekarz dopuszcza się błędu w sztuce, jeżeli chorego, powierzonego swej pieczy, przez leczenie na zdrowiu lub życiu uszkodził, mimo że był w możności swobodnego korzystania ze swej wiedzy i zdolności technicznych; dalej, jeżeli to uszkodzenie chorego wynikało z wykroczenia w lekarskiem postępowaniu, lub zaniechania, wbrew ogólnie uznanym zasadom, i mimo, że lekarz dany przypadek należycie ocenił i rozpoznał, lub też już na podstawie zwykłych wiadomości i zwykłej zręczności technicznej mógł był dany przypadek należycie rozeznać, a tem samem błędu uniknąć“.

Odsyłając po szczegóły do wykładu Wachholza[4]), pozwolę sobie przytoczyć jedno z dołączonych przez niego w tej sprawie wyjaśnień: „Zdarzyć się może, że lekarz, mimo najlepszej chęci i woli, nie mógł w danym przypadku skorzystać ze swej wiedzy i biegłości, a to z powodu, że był w danej chwili chorym, znużonym, lub że nie miał czasu do namysłu, a przypadek domagał się natychmiastowego wkroczenia. Trzeba także uwzględnić, że w praktyce mogą i zewnętrzne okoliczności tak się nieszczęśliwie złożyć, że czynią zadanie lekarza nad siły trudnem, wobec czego błąd w rozpoznaniu, błąd w technice lekarskiej, staje się usprawiedliwionym“.

W przypadku Dra L. istniały niewątpliwie okoliczności odpowiadające pojęciom, zawartym w określeniu Oesterlena.

Nietylko bowiem jednozgodne zeznania świadków stwierdzają, że Dr. L. był w czasie zabiegów nadzwyczajnie poruszony i pomięszany, że stracił w końcu zupełnie panowanie nad sobą, ale okoliczność tę podnoszą także znawcy w orzeczeniu, a sąd uwzględnia w wyroku, jako łagodzącą. Słowa bez związku i nieuzasadnione zwykłym rozsądkiem zdania, jakie Dr. L. kilkakrotnie w czasie zabiegów wygłaszał, pochwycenie za dłuto i młotek, które mu otoczenie z rąk odebrało, okoliczność, że ukazującej się główki płodu nie poznał, wraz z innymi podobnymi szczegółami, świadczą, że umysł lekarza znajdował się pod władzą silnego wzburzenia, nietylko już osłabiającego, ale poprostu zupełnie usuwającego władanie sobą, „możność swobodnego korzystania ze swej wiedzy i zdolności technicznych“, jak to określa Oesterlen.

Nie wchodzę w to, czy znawcy urzędowi, a zwłaszcza obrońcy Dra L. powinni byli położyć większy nacisk na tę okoliczność, zamiast jak to zrobił Prof. P., starać się przeciwnie udowodnić u Dra L. w chwili czynu „wolę jasną, wytrwałą, omal, że nie niezwykłą“. Może być, że cofnięto się tu przed

[2]) „Ueber Stichwunden in gerichtlich-medicinischer Beziehung“. Vierteljahrschr. für ger. Med. 1887. Tom 46. Str. 1.

[3]) w Maschka Handbuch der gerichtl. Med 1882. III.

[4]) Uwagi nad oceną sądowo-lek. t. zw. błędów w sztuce. »Przegląd lek.« 1896. Nr. 36, 37, 38.

trudnością, którą roztrząsa Wachholz (l. c), a która polega na tem, że „lekarskie pojęcie błędu w sztuce jest nieco odmienne od takiego pojęcia prawniczego“, i że „niemożność korzystania ze swej wiedzy i biegłości“ jest wskutek tego argumentem wartości zmiennej, zależnie od obowiązujących w pewnym kraju ustaw.

Bez względu na to, czy ustawa uwzględnia odrębnie błędy lekarskie, czy też je pomija milczeniem, podpadają przypadki, podobne do naszego, ostatecznie pod ogólne pojęcie wykroczeń przez zaniedbanie („Fahrlässigkeit“), a waga wspomnianego argumentu zależy od tego, w jakich przypadkach w ogóle czynność lub zaniedbanie nie są według danej ustawy karygodne. (Ogólne określenie odpowiedzialności). Wiążące się z tem zagadnienia sądowo-lekarskie rozebrał szczegółowo w znakomitym swym podręczniku Hoffmann[5]); przypomnieć więc tylko należy, że według obecnie obowiązującego prawa karnego austryackiego (§. 2, ustęp c), przypadek, podobny do naszego, mógłby być podciągnięty pod elastyczne pojęcie „andere Sinnesverwirrung“, gdyby nie to, że w oświetleniu §. 134 austryackiej procedury karnej należy tu mieć na myśli chorobowe zboczenie umysłu, nie zaś silne wzruszenie, wynikające ze zwykłych ludzkich uczuć. Kodeks karny niemiecki (§. 51), zarówno jak projekt ustawy karnej austryackiej (§. 56), obracają się w jeszcze ciaśniejszych granicach, wymieniając wyraźnie, że stan umysłu w chwili czynu, uwalniający od odpowiedzialności, musi być chorobowy. („Krankhafte Hemmung oder Störung“). Jakkolwiek takie ścisłe określenie, według słusznej uwagi Hoffmana ułatwia, niezmiernie zadanie znawcy wogóle, to w tak szczególnym przypadku, jak nasz, staje się przeciwnie trudnością; trudność tego rodzaju nie istnieje w tych tylko krajach, gdzie ustawodawca (jak n. p. w projekcie kodeksu karnego w Norwegii §. 44) pozostał przy ogólniejszem pojęciu: „Czynność lub zaniedbanie nie jest karygodnem.... jeżeli sprawca, z powodu szczególniejszego stanu umysłu, stracił władanie sobą[6]).

Trudność ta jednak nie powinna zrażać znawcy, któremu pozostaje zawsze jeszcze otworem droga, wskazana przez Hofmana (l. c. Wyd. VI. str. 953), jeżeli nie może stanowczo orzec, czy „władanie sobą“, to jest wola i zdolność sądu, były w danym przypadku u sprawcy w swych czynnościach zawieszone. Ostateczne bowiem rozstrzygnięcie, czy utrata woli i zdolność sądu dosięgały tego stopnia, jakiego wymaga prawodawca, ażeby czynność nie była karygodna, musi być pozostawione samemu sądowi lub przekonaniu sędziów przysięgłych. Zwłaszcza więc tam, gdzie ustawa nie wspomina wyraźnie o chorobowym stanie umysłu, punkt ciężkości leży w sposobie tłómaczenia ustawy przez sąd w danym rzeczywistym przypadku, a doświadczenie wykazuje, że w przypadkach błędów lekarskich tłómaczenie to najczęściej wypada „in mitius“, zbliżając się do określenia błędów w sztuce, ze stanowiska lekarskiego, w tym rodzaju, jak je podał Oesterlen.

W tejsamej Francyi, gdzie obecnie skazano Dra L., niewiele ważąc szczególny, chociaż może nie chorobowy, stan jego umysłu w chwili czynu, określał niedawno we wnioskach do trybunału kasacyjnego prokurator generalny Dupin pojęcie błędu lekarskiego w następujących rozumnych i ludzkich słowach:

„Granic odpowiedzialności lekarskiej nie podobna oznaczyć w sposób stanowczy; sędzia musi ją oznaczyć w każdym przypadku z osobna, według okoliczności, nie tracąc jednak z oka zasady ogólnej: za wykonywanie swego zawodu staje się odpowiedzialnym ten, kto popełnił w nim błąd, chociaż mógł przez większą uwagę błędu uniknąć...“

Sprawa, którą starałem się w miarę sił rozjaśnić, nasuwa jeszcze pytanie, czy nie byłoby rzeczą wskazaną i godziwą dążyć do ustalenia pojęcia błędu lekarskiego i do wprowadzenia odpowiednich jednolitych postanowień do kodeksów karnych. Rzecz ta, obchodząca zarówno lekarzy wszystkich krajów, mogłaby być poruszoną na Zjazdach międzynarodowych, które powagą swych uchwał możeby wpłynęły na zmianę istniejących stosunków na korzyść lekarzy i na rzecz słuszności[7]).

[5]) W kilku ustępach części V.

[6]) Szczegóły projektu norweskiego zawdzięczam Dr. Urbye, zastępcy prokuratora i docentowi wydziału prawniczego w Chrystyanii.

[7]) Tegoroczny Zjazd poznański, gromadzący lekarzy, podlegających trzem różnym kodeksom, nadawałby się może do poruszenia tej sprawy i przygotowania jej na najbliższy Zjazd międzynarodowy pracą naszych sił zawodowych.

III. **Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Glucińskiego we Lwowie.**

O wzajemnym stosunku funkcyj żołądkowych i jelitowych

podał

Dr. Józef Wiczkowski,

przełożony pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Przypadek IX. M. J., lat 26. Rozpoznanie. *Atonia intestinorum.* Obecna choroba miała się rozpocząć według opowiadania chorego przed rokiem, wśród objawów ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. Objawy żołądkowe wkrótce ustąpiły, pozostał tylko nieżyt jelitowy i ten trwał dwa tygodnie, poczem wystąpiło zaparcie stolca, które do dzisiaj uporczywie utrzymuje się. *(Patrz Tablica XIII).*

I tutaj okazał się w całej pełni spodziewany wynik badania: wzmożona ilość kwasu solnego wolnego podczas zaparcia stolcowego a zmniejszenie się ilości jego przy użyciu środków przeczyszczających. A gdy chorego zostawiłem bez leków, znowu się wzmogła ilość kwasu solnego, tak po śniadaniu, jako też po obiedzie.

Przypadek X. T. S., lat 46. Rozpoznanie: *Enteritis chronica catarrhalis subsequ. hydraemia.* Choroba rozpoczęła się przed miesiącem rzekomo wskutek silnego przeziębienia się. Wystąpił brak łaknienia, gorzkie odbijania, ciśnienie i bóle w okolicy żołądka, a następnie rozwolnienie, trwające do dzisiaj. Stolce częste, wodniste, z dużymi strzępami śluzu. W ostatnich dniach okazał się obrzęk kończyn dolnych i wybitna niedokrewność. Obecnie niema żadnych dolegliwości żołądkowych, łaknienie jest dobre. Chory przez czas pobytu w klinice stracił na wadze blisko 2 kilogrm. W moczu ślad białka, w osadzie moczu niema żadnych nieprawidłowych składników morfotycznych. *(Patrz Tab. XIV).*

Przypadek XI. R. Ł., lat 18. Rozpoznanie: *Enteritis chronica.* Choroba obecna rozpoczęła się w 12. roku życia i ma trwać z małemi zmianami w nasileniu do dzisiaj. Początkowo miał mieć do ośm stolców na godzinę, stolce były wodniste, po większej części zielonawo-zabarwione, zmięszane ze strzępami śluzu; obecnie jest ich 6—8 dziennie, zupełnie wodnistych. Łaknienie przytem dobre; odbijań, nudności i wymiotów nie miał i nie ma. W innych narządach nie można wykazać żadnych zboczeń chorobowych. Podczas pobytu w klinice, w czasie doświadczeń, przybyło go na wadze $1^1/_2$ kilogrm. *(Patrz Tablica XV).*

Ostatnie dwa przypadki X. i XI. zasługują na szczególniejsze uwzględnienie. I tutaj, podobnie jak w poprzednich przypadkach nieżytu jelitowego, brak wprawdzie wolnego kwasu solnego, lecz nadto brak zupełny kwasu solnego utajonego, a dla wywołania reakcyi na wolny kwas solny potrzeba było dodać 30—80 sz. Cnt. HCl; ogólna kwasota 2—4—6—8 sz. cnt. $\frac{n}{10}$ NaOH, często nawet treść żołądkowa po śniadaniu oddziaływała alkalicznie, brak pepsyny i albumoz, wreszcie brak fermentu podpuszczkowego. Podnieść winienem, że mimo podania wielkich ilości makowca lub bismutu, stolce były wolne i częste. Obraz to choroby znanej pod nazwą „achylia gastrica", która według Einhorna [1]) i Opplera [2]) bywa przyczyną pewnych przypadków nieżytu jelitowego. Z natury rzeczy wynikałoby, że „achylia gastrica" jest następstwem ciężkich zmian w błonie śluzowej żołądka, a mianowicie zaniku narządu gruczołowego. Fenwick zwrócił uwagę na zanik błony śluzowej, jako na samoistne cierpienie i połączył je w pewien związek przyczynowy z niedokrewnością postępową złośliwą. Tymczasem są znane w literaturze przypadki, które pouczają, że chorzy mogą długo bezkarnie znosić brak siły peptycznej żołądka, jeżeli tylko utrzymaną jest jego siła ruchowa i jeżeli jelita zdrowe mogą zastępczo pełnić funkcye żołądka. Tak n. p. Ewald spostrzegał chorego przez $2^1/_2$ lat, który przybrał w tym czasie na wadze 12 kilogrm., mimo, że jego żołądek stale okazywał stan „achylia gastrica". Einhornowi udało się przypadkowo dostać z żołądka takiego chorego strzępki błony śluzowej, które okazywały prawidłowy stan histologiczny. Pomijam przypadki innych autorów, jak Rosenheima, Westphalena, Allena, A. Jonesa, które zdają się dowodzić, że achylia gastrica niekoniecznie musi być wyrazem zaniku narządu gruczołowego; może być tylko częściowy zanik, a może, na co Meyer [3]) zwraca uwagę, następuje takie tłuszczowe zwyrodnienie w nerwach żołądkowych, jakie występuje według Jürgensa [4]), Blaschko [5]), Sasaki [6]), w zwojach Meissnera i Auerbacha przy zaniku żołądkowo-jelitowym. Jakkolwiek zresztą rzecz się ma, zdaje się być faktem niewątpliwym, że tak zmienione czynności żołądka mogą wywrzeć wpływ szkodliwy na stan jelit, mogą wywołać nieżyt jelitowy, który ustąpi, gdy leczenie żołądka, przeważnie dyetetyczne, zastosowane do sił żołądkowych, a oparte na rozbiorze treści żołądkowej, oszczędzi jelitom zbyt ciężkiej, a tem samem drażniącej pracy. Ostatnie dwa przypadki mają wszelkie cechy choroby „achylia gastrica", która, według uznania powyżej wymienionych autorów, może w następstwie wywołać nieżyt jelitowy.

Na tem zakończyłem dział B. moich doświadczeń.

Rozstrząsając pierwsze dziewięć przypadków zboczeń funkcyj jelitowych, objawiających się już to zaparciem stolca, już to rozwolnieniem, mogę wysnuć na podstawie przeprowadzonych doświadczeń następujące wnioski:

1) **W przypadkach niedowładu jelit, przezemnie badanych, ilość wolnego kwasu solnego utrzymywała się na dość znacznej wysokości; ilość ta jednak zmniejszała się po podaniu środków przeczyszczających** (podophyllinum c. rheo et aloe, ol. ricini, aqu. laxativa vienensis).

Zrobiłem przytem to spostrzeżenie, że **kwasota ogólna w pierwszych dniach zaparcia stolcowego dość wysoka w miarę dłuższego okresu braku stolca rośnie, ale natomiast ilość wolnego kwasu solnego bardzo często maleje.**

2) **W przypadkach nieżytu jelitowego, objawiającego się rozwolnieniem, ilość wolnego kwasu solnego była mała lub nawet był go zupełny brak; zwiększała się zaś jego ilość, lub względnie wolny kwas solny pojawiał się po podaniu środków powstrzymujących ruch robaczkowy** (wyciąg lub nalewka makowca, bismut, tanigen).

3) **W sile ruchowej żołądka nie zdołałem dostrzedz wybitnych zmian, gdy po zaparciu stolca następowało rozwolnienie, lub po rozwolnieniu — zaparcie stolca.**

Jedynie spostrzeżenie, pod 1) umieszczone, może być wskazówką, że upośledzenie ruchów robaczkowych jelit odbija się również niekorzystnie na mechanizmie ruchowym żołądka.

Wogóle więc wyniki powyższe w zasadzie zupełnie zgodne z tymi, jakie otrzymałem, wywołując sztucznie, zapomocą środków odpowiednich, zaparcie stolca lub rozwolnienie; albowiem **wśród rozwolnienia, czy to wywołanego lekami, czy to samoistnie chorobowo występującego, ilość wolnego kwasu solnego była mała, lub bywał zupełny brak kwasu solnego wolnego; po podaniu zaś środków powstrzymujących stolce zwiększała się ilość wolnego kwasu solnego, lub względnie zjawiał się wolny kwas solny; a wśród zaparcia stolcowego w obu razach była dość znaczna ilość wolnego kwasu solnego, która znowu zmniejszała się, lub nawet znikał wolny kwas solny, gdy stolce stawały się częste i wolne.** Zgodność wyników z doświadczeń, umieszczonych w dziale A., z wynikami przypadków chorobowych, wymienionych w dziale B., wskazuje na wspólną przyczynę spostrzeganych faktów, a więc, że nie środki użyte w doświadczeniach w dziale A., tylko zmieniona funkcya jelitowa wpływa na zmianę funkcyi żołądka.

W końcu poczytuję sobie za miły obowiązek podziękować jak najserdeczniej Prof. Drowi A. Gluzińskiemu za chętne odstąpienie mi materyału klinicznego i za łaskawe, koleżeńskie poparcie mnie w pracy.

---

[1]) Dr. M. Einhorn: Zur Achylia gastrica. Arch. für Verdaungs-Krankheiten B. I. H. 2. Dr. M. Einhorn: Verstopfung und Diarrhöe als Folgezustände mancher Magenerkrankungen. Arch. f. Verdaungs-Krankheiten B. III. H. II.

[2]) Ueber die Abhängigkeit gewisser chronischen Diarrhöe von mangelnder Secretion des Magensaftes von Dr. Oppler. Deut. med. Woch. Nr. 32. 1896.

[3]) Meyer Zeitschrift f. klin. Medizin Bd. XVI.

[4]) Jürgens: Berl. klin. Woch. 1882. Nr. 28.

[5]) Blaschko: Virchow's Archiv Bd. XCIV.

[6]) Sasaki: Virchow's Archiv. Bd. XCVI.

Tablica XIII.

M. J. *Atonia intestinorum.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Po obiedzie: ogólna kwasota	wolny kwas solny	utajony kwas solny	brakujący kwas solny utajony	kwasy tłuszczowe	kwas mlekowy	albumozy	przetwory skrobi	cukier	białko surowicze	Uwagi
17/2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	82	24	50	—	8	ślad	wy-bitne	amidulin	—	0·006%	5 dni niema stolca
18/2	46	6	38	—	2	0	wy-bitne	amidulin	0	0·006%	58	10	40	—	8	ślad	wy-bitne	—	—	0·005%	brak stolca
Po środkach przeczyszczających																					
19/2	52	14	36	—	2	0	ślad	amidulin	wy-bitny	0·006%	80	10	64	—	6	0	wy-bitne	erytro dekstryna	0	0·007%	4 pigułki *podophylin c. aloe et rheo* 2 stolce płynne
20/2	24	4	16	—	4	ślad	ślad	erytro-dekstryna	0	0·006%	80	2	72	—	6	ślad	ślad	erytro-dekstryna	0	0·005%	4 pigułki *podophylin. c. aloe et rheo* 3 stolce płynne
21/2	54	8	42	—	4	0	ślad	amidulin	wy-bitny	0·006%	80	10	64	—	6	ślad	ślad	amidulin	0	0·006%	2 pigułki *podophylin. c. aloe et rheo* 3 stolce płynne
22/2	54	12	38	—	4	0	ślad	amidulin	wy-bitny	0·006%	76	14	58	—	4	ślad	wy-bitne	erytro-dekstryna	0	0·006%	*aq. laxat. vien.* 3 stolce płynne
Bez leków																					
23/2	74	46	28	—	0	0	ślad	amidulin	wy-bitny	0·006%	84	40	44	—	0	0	wy-bitne	erytro-dekstryna	0	0·005%	brak stolca
24/2	64	40	24	—	0	0	wy-bitne	amidulin	0	0·006%	102	44	52	—	6	0	wy-bitne	erytro-dekstryna	0	0·005%	1 stolec
25/2	56	34	20	—	2	0	wy-bitne	amidulin	wy-bitny	0·006%	76	28	48	—	0	0	wy-bitne	erytro-dekstryna	0	0·005%	2 stolce prawidłowe

Tablica XIV.

T. S. *Enteritis chronica catarrhalis subs. hydraemia.*

Data	Po śniadaniu: ogólna kwasota	Po śniadaniu: kwas solny wolny	Po śniadaniu: brakujący kwas solny utajony	Po śniadaniu: kwas mlekowy	Po śniadaniu: albumozy	Po śniadaniu: przetwory skrobi	Po śniadaniu: cukier	Po śniadaniu: białko surowicze	Po obiedzie: ogólna kwasota	Po obiedzie: kwas solny wolny	Po obiedzie: brakujący kwas solny utajony	Po obiedzie: kwas mlekowy	Po obiedzie: albumozy	Po obiedzie: przetwory skrobi	Po obiedzie: cukier	Po obiedzie: białko surowicze	salol w moczu w godzin	Uwagi
20/2	4	0	12	ślad	nieznaczne ślady	achroo-dekstryna	0	0·02%	20	0	22	ślad	ślad	achroo-dekstryna	0	0·03%	1/2	5 stolców wodnistych
21/2	20	0	10	ślad	0	achroo-dekstryna	0	0·03%	—	—	—	—	—	—	—	—	1	7 stolców wodnistych
22/2	—	—	—	—	—	—	—	—	18	0	14	ślad	ślad	achroo-dekstryna	0	0·03%	1/2	5 stolców wodnistych
23/2	0	0	32	ślad	ślad	achroo-dekstryna	ślad	0·03%	18	0	46	ślad	ślad	achroo-dekstryna	ślad	0·008%	1/2	60 kropel *trae opii* 3 stolce płynne
24/2	—	—	—	—	—	—	—	—	26	0	40	ślad	0	achroo-dekstryna	0	0·009%	1 1/2	60 kropel *trae opii* 3 stolce wodniste
25/2	10	0	50	0	ślad	ślad amidulinu	ślad	0·02%	32	0	80	0	0	achroo-dekstryna	0	0·007%	1 1/2	60 kropel *trae opii* 4 stolce wodniste
26/2	6	0	26	0	ślad nieznaczny	erytro-dekstryna	wybitny	0·006%	16	0	26	0	ślad	achroo-dekstryna	ślad	0·007%	1	4 proszki *bism. salicyl. 0·60 extr. laud. 0·02* 2 stolce wodniste
27/2	6	0	16	0	0	achroo-dekstryna	wybitny	0·009%	20	0	26	ślad	ślad	achroo-dekstryna	0	0·009%	—	4 proszki *bism. salicyl. c. extr. laud.* 1 stolec płynny
28/2	alkal.	0	—	—	—	—	—	—	28	0	30	ślad	wybitne	achroo-dekstryna	0	0·009%	—	4 proszki *bism. salicyl. c. laud.* 1 stolec dobry
1/3	4	0	12	0	ślad	achroo-dekstryna	wybitny	0·03%	24	0	28	0	wybitne	achroo-dekstryna	wybitny	0·04%	—	4 proszki *bism. salicyl.* 1 stolec płynny
2/3	16	0	24	0	ślad	achroo-dekstryna	wybitny	0·02%	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Zaczyn podpuszczkowy bywał w śladach, lub był zupełny go brak (w sposób podany przez Jaworskiego).

Tablica XV.

R. Ł. *Enteritis chronica*

Data	Po śniadaniu: kwasota ogólna	Po śniadaniu: kwas solny wolny	Po śniadaniu: brakujący kwas solny utajony	Po śniadaniu: kwas mlekowy	Po śniadaniu: albumozy	Po śniadaniu: przetwory skrobi	Po śniadaniu: cukier	Po śniadaniu: białko surowicze	Po obiedzie: kwasota ogólna	Po obiedzie: kwas solny wolny	Po obiedzie: brakujący kwas solny utajony	Po obiedzie: kwas mlekowy	Po obiedzie: albumozy	Po obiedzie: przetwory skrobi	Po obiedzie: cukier	Po obiedzie: białko surowicze	Uwagi
23/2	4	0	14	ślad	nieznaczny ślad	erytrodekstryna	ślad	0·008%	20	0	10	0	ślad	achroodekstryna	—	0·03%	6 stolców płynnych
24/2	2	0	24	ślad	0	achroodekstryna	wybitny	0·009%	28	0	24	ślad	ślad	achroodekstryna	ślad	0·04%	8 stolców płynnych
25/2	4	0	26	0	0	achroodekstryna	wybitny	0·009%	24	0	64	0	ślad	achroodekstryna	ślad	0·01%	5 stolców płynnych
26/2	4	0	26	0	ślad	erytrodekstryna	wybitny	0·006%	10	0	50	0	ślad	erytrodekstryna	ślad	0·008%	4 proszki *bism. salicyl. 0 60 extr. laud. 0 02* 4 stolce
27/2	alkalicz.	0	—	—	—	—	—	—	8	0	44	0	ślad	achroodekstryna	ślad	0·007%	4 proszki *bism. salicyl. extr. c. laud.* 3 stolce
28/2	4	0	16	0	0	erytrodekstryna	wybitny	0·007%	22	0	48	0	ślad	erytrodekstryna	ślad	0·009%	4 proszki *bism. salicyl. c. laud.* brak stolca
1/3	4	0	16	0	0	erytrodekstryna	wybitny	0·008%	8	0	32	0	ślad	erytrodekstryna	wybitny	0·05%	4 proszki *bism. salicyl. c. laud.* 1 stolec wodnisty
2/3	6	0	14	0	0	erytrodekstryna	wybitny	0·02%	—	—	—	—	—	—	—	—	4 proszki *bism. salicyl.* brak stolca

Po większej części brak był fermentu podpuszczkowego — w treści wydobytej bywało mało śluzu, nadto udawało się wydobyć bardzo mało treści żołądkowej w zwykłej porze, t. j. w godzinę po śniadaniu i w trzy godziny po obiedzie.

IV. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

(Ciąg dalszy).

4) G. E. Müller: **O galwanicznych wrażeniach wzrokowych.** *(Zeitschr. f. Psych. u. Phys. d. Sinnesorg. XIV. 5).*

Wrażliwość siatkówki na jakościowe własności wrażeń optycznych, czyli na barwy, waha się, jak wiadomo, w znacznych granicach i wśród stanów chorobowych różnym ulega zmianom; dla przykładu wspomnę tylko o daltonizmie, kompletnej ślepocie barwnej itp. Autor w powyżej przytoczonej pracy przeprowadził na 26 osobach szereg doświadczeń, ze ścisłością, nie pozbawioną zmysłu krytycznego, dla przekonania się, czy prąd galwaniczny wpływa na tę wrażliwość i w jakiej mierze. W tym celu kładł jedną elektrodę na karku, a drugi biegun bateryi łączył z specyalnymi okularami (Mensurbrille); prąd, o sile dowolnej i dającej się zmieniać, przepuszczał, podczas gdy osoba elektryzowana wpatrywała się w punkt stały, dający się różnie oświetlać. Autor, zgodnie z twierdzeniem Purkinyego stwierdził, iż pod wpływem prądu wstępującego powstawało wrażenie barwy fiołkowo-niebieskiej, a pod wpływem prądu zstępującego barwy zielono-żółtej; nadto zauważył, że prąd wstępujący podnosi wrażliwość siatkówki na barwę czarną, a zstępujący ją obniża i że u ludzi nie odczuwających barwy, zależnie od kierunku prądu, powstaje rozjaśnienie lub zaciemnienie pola widzenia. Zjawiska, powstające pod wpływem działania prądu galwanicznego na narząd wzrokowy, są dowodem, iż zastósowanie jego w tym kierunku nie może być całkiem bezskuteczne, i że elektryzowanie zakończeń nerwowych w siatkówce, przy zachowaniu pewnych ostrożności, mogłoby oddać pewne usługi terapeutyczne. W tym też kierunku od pewnego czasu pojawiają się w literaturze luźnie rozrzucone uwagi lub specyalne nawet prace; a Pierson-Sperling w swoim podręczniku elektroterapeutycznym dziwi się, iż dotąd elektryczność tak małe zastósowanie znalazła w oftalmologii, chociaż literatura poszczycić się może niejednym przykładem dodatnich wyników leczniczych w przypadkach takich, gdzie innymi środkami nie można usunąć choroby tkanek niedostępnych dla ręki okulisty. Nic w tem tak dalece dziwnego, jeżeli uwzględnimy, że pomimo znakomitych prac, pisanych w tym kierunku, począwszy od starego „Essai d'Electrothérapie oculaire 1876“ Boucherona, a kończąc na znakomitych pracach Brennera i Neftela, wszystkich zjawisk jeszcze należycie nie wyjaśnili ani fizyologowie, ani okuliści. Wszak do niedawna jeszcze uważano odczyn siatkówki na prąd za zwykłe zjawisko odruchowe, idąc za zdaniem Benedicta i Althausa, a dopiero prace Ziemssena nad pobudliwością siatkówki i oporem gałki ocznej przechyliły szalę na stronę przeciwną. Wszak nawet sprawa działania prądu galwanicznego wogóle do dziś dnia jeszcze zasadniczo nie jest rozstrzygniętą, a walka zażarta toczy się między zwolennikami i przeciwnikami szkoły polarnej. Odmienne działanie biegunów dodatniego i ujemnego na pobudliwość nerwową, tak dobrze znane fizyologom pod nazwą zjawisk elektrotonicznych, a przez elektroterapeutów nie zawsze dające się wykazać z powodu trudności technicznych i zawikłań doświadczalnych, znajduje w referowanej dziś pracy nowe potwierdzenie; obok pięknej pracy Brennera nad nerwem słuchowym i zapatrywań Erba i Eulenburga nad zmianami pobudliwości nerwów ruchowych, doświadczenia Müllera nie mało mogą przyczynić się do rozjaśnienia ciekawej sprawy działania prądu galwanicznego.

Podając treść pracy Müllera, w związku z kilkoma uwagami o odnośnej, a dość rozrzuconej literaturze, nie możemy się powstrzymać od zachęcenia specyalistów do przeprowadzenia ścisłych badań w tym kierunku: czy pobudliwość siatkówki ulega wahaniom wśród chorób środków łamiących oka, czy wpływ prądu galwanicznego zmienia się w niedowidzeniu (amblyopia), połowiczem widzeniu (hemianopsia), mroczkach (scotoma), czy w fizyologicznem prawie Pflügera zachodzą wyjątki ilościowe lub jakościowe? oto szereg pytań ciekawych, a nie bez wagi. Zdaniem naszem, jak to już mieliśmy sposobność wykazać w pracach własnych nad zmianami elektrotonicznemi pobudliwości nerwowej (Kraków. Wydanie Akad. Umiej. Tom XXX Rozpr. Wydz. mat. przyr. i Wiedeń. Wyd. Akad. Umiej. Bd. CVI Mathem. nat. Classe) uwagę zwracać należy jednak przedewszystkiem na siłę użytego do doświadczeń prądu galwanicznego, albowiem powyżej pewnych granic, przy zastosowaniu prądów silnych, biegun ujemny działa zupełnie tak, jak i dodatni, t. j. obniża lub nawet tamuje pobudliwość. Zdaniem naszem, któreśmy wypowiedzieli na jednym z odczytów w Tow. lek. krakowskiem, przy zachowaniu wspomnianych ostrożności, dużo zjawisk elektroterapeutycznych dałoby się może podciągnąć pod prawa fizyologiczne, pomimo wielkiej różnicy, jaka istnieje między preparatem fizyologicznym, a narządami ustroju ludzkiego, a co zatem idzie, niejedno może wyłoniłoby się zastosowanie praktyczne praw teoretycznych w myśl luźnych spostrzeżeń, nie zawsze zgodnych, a przecież każących przypuszczać, że w głębi tych niezbadanych zjawisk leży jądro prawdy, do którego dochodzimy coraz bliżej. *Dr. Zanietowski.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Prof. Dr. Béla Augyán: **Leczenie nagminnego zapalenia opon mózgowych.** *(Ung. medicin. Presse 1897, Nr. 41).* Autor, uwzględniając wszystkie metody leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowych, zastanawia się szczegółowo nad teoretyczną metodą Quinkego, — polegającą na zmniejszeniu ucisku śródczaszkowego przez upuszczenie płynu mózgowego, nie potwierdzoną jednak przez Ziemssena, Leydena, Fürbringera i innych; następnie odrzuca stósowanie zimnych kąpieli, chyba co najwyżej kilkuminutowe zlewanie głowy i karku zimną wodą, co 3 do 4 godzin, przychyla się do stósowania ciepłych kąpieli, poleconych przez Aufrechta, jako środków wzmacniających serce. Dr. Augyán podaje swoją metodę, polegającą na stósowaniu środków odwodzących i przeciwzapalnych (antiphlogistica), oraz zastrzykiwań sublimatowych. Przypadki te dotyczyły osobników od 3—30 lat; liczba wstrzykiwań od 4—24; dokonywał je wzdłuż kręgosłupa codziennie, 1 cntgr. sublimatu dorosłym; 0·005—0,01 dzieciom, jak była wysoka gorączka, bóle głowy, grzbietu, tężec karkowy. Widoczna poprawa następowała już po kilkorazowych (trzy do sześciu) wstrzykiwaniach. Jeżeli nawet wstrzykiwaniom sublimatowym nie chcemy przypisać działania skracającego przebieg choroby, to w każdym razie przyznać trzeba działanie, zmniejszające wytwarzanie się produktów zapalnych, co stwierdził autor na stole sekcyjnym, spotykając raczej produkty zapalne cechy włóknikowej, a nie ropnej. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Doc. M. Zeissl: **O wpływie jodu na ciśnienie śródczaszkowe.** *(Wien. med. Presse,* 1898, Nr. 15). Przed trzema laty wykazał autor, że roczyn jodu w jodku sodowym, wstrzyknięty do żyły szyjnej, wywołał znaczny obrzęk płuc; obecnie badał wpływ jodu na ciśnienie śródczaszkowe w ten sposób, że kuraryzowanym zwierzętom wycinał otwór w czaszce i oponie twardej, na lewo od zatoki podłużnej i łączył jamę czaszkową z manometrem Bascha. Następnie odsłaniał tętnicę szyjną, w której obwodowy koniec wstrzykiwał roztwór jodu w jodku sodowym, dośrodkowy zaś łączył z manometrem rtęciowym. Doświadczenia te wykazały, że przy wstrzykiwaniu roztworu jodowego ciśnienie śródczaszkowe wzmaga się niestosunkowo do wzmożonego ciśnienia krwi, co dowodzi, że tu działać musi jeszcze inny czynnik, prócz większego parcia krwi. Analogicznie do płuc, przyjmuje Z. i w czaszce przesączynę. Przypuszczenie to potwierdza jeszcze więcej badanie dna oka, które okazuje zupełną niedokrewność. Dla wykazania, że rzeczywiście mamy do czynie-

nia z przesączem, pozostaje obecnie dokładne zbadanie drobnowidowe tkanki mózgowej i rdzeniowej, które jest dopiero w toku. *F. K.*

Everke: **O przerwaniu pochwy podczas porodu.** *(Monatsschrift für Geburtsh. und Gynäk. T. VII. Z. 2).* Autor spostrzegał 5 przypadków przerwania pochwy podczas porodu. W etyologii główną rolę odgrywają źle wykonywane zabiegi rozwiązujące; lecz i samoistne pęknięcia zdarzają się także, a ułatwienie ich polega na dużej rozciągliwości pochwy i wiotkości więzadeł macicznych, któreto okoliczności dozwalają macicy wysunąć się na płodzie ku górze, a silne rozciąganie przewodu rodnego przenosi się z macicy na pochwę. Ścieśnienia miednicy i kruchość ścian pochwy usposabiają do pęknięć, przydarzających się najczęściej w tylnem sklepieniu. Co do postępowania radzi autor, w braku bezwzględnego ścieśnienia miednicy, które samo przez się daje wskazanie do cięcia brzusznego, rozwiązać rodzącą na drodze naturalnej, następnie, w razie wypadnięcia jelit do pochwy, przez otwór w sklepieniu odprowadzić je ręcznie (prawą ręką całą) do jamy brzucha, a drugą ręką pobudzić macicę do silnego skurczu i, po odprowadzeniu jelit, wcisnąć ją do miednicy małej i w ten sposób zapobiedz powtórnemu wypadnięciu jelit. Macicę w tem położeniu utrzymuje stale pomocnik, a operujący we wzierniku łyżkowym odsłania ranę w pochwie i zaszywa ją, łącząc powierzchnie otrzewnowe ze sobą.

Autor w ten sposób ocalił trzy chore. Naturalnie, rokowanie zależy od większego lub mniejszego prawdopodobieństwa zakażenia otrzewnej. *Ww.*

Dr. Alredo Pozzi: **O powstawaniu i leczeniu uporczywych wymiotów u ciężarnych.** (Leczenie zapomocą podskórnych wstrzykiwań chlorku kokainy w okolicę podpępkową, według metody Prof. Tibone). *Therapeutische Wochenschrift*, Nr. 37—38, rok 1897). Autor opisuje pięć przypadków, w których cierpienie nie dawało się usunąć żadnym lekiem, zazwyczaj stósowanym w podobnych przypadkach, tak, iż zamierzano u tych chorych wywołać sztuczne poronienie. Przedtem jednak zastósowano wstrzykiwania roztworu wodnego chlorku kokainy, a mianowicie wstrzykiwano 0·01 w okolicę podpępkową raz do dwóch razy dziennie i to przed jedzeniem. Już w pierwszym dniu autor zauważył znaczne polepszenie, po kilku dniach zaś takiego lekowania wymioty ustały, chore przyjmowały pokarmy mięszane i szybko przybierały na wadze. Żadnego ubocznego szkodliwego działania kokainy nie zauważono. Z pomiędzy pięciu osób, w ten sposób leczonych, trzy urodziły na czasie dzieci żywe i donoszone; co do jednej brak dalszych wiadomości; u jednej wreszcie musiano, w jakiś czas po wyleczeniu, wywołać poród przedwczesny z powodu zapalenia nerek i mieszkowego zapalenia jelit. Co do sposobu, w jaki kokaina działa leczniczo na wymioty ciężarnych, Prof. Tibone przypuszcza następujące działanie. Wymioty ciężarnych uważa on za sprawę odruchową; punktem wyjścia odruchu są tutaj, według niego, nerwy narządu rodnego, skąd nerw spółczulny przenosi odruch do ośrodka wymiotnego, umiejscowionego w rdzeniu pacierzowym. Otóż kokaina, wstrzyknięta podskórnie w okolicę podpępkową, w ilości 0·01, poraża nerwy części rodnych i usuwa w ten sposób połączenie nerwów rodnych z ogólnym narządem nerwowym. W ten sposób wprawdzie nie usuwa się przyczyny wymiotów, przez obniżenie miejscowej pobudliwości, ale przeszkadza się dalszemu działaniu jej. Autor porównuje działanie kokainy w tych przypadkach do przecięcia drutu przewodzącego przy dzwonku elektrycznym. *Piotrowski.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekar. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 kwietnia 1898 r.

Przewodniczący: Kol. Dr. Machek. Członków obecnych 40. Jako gość prof. Trochanowski.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Rencki demonstruje barwione preparaty pasorzytów zimnicy trzeciaczkowej, będących w okresie pełnego rozwoju i w chwili sporulacyi, oraz twory półksiężycowe (haemosporidium Laverani). Omawiając biologię pasorzytną zimnicy złośliwej (półksiężyc), podnosi kol. R. jego zewnątrz-ciałkowy rozwój, nadto nie przyznaje mu otoczki. Pasorzyt ten należy stanowczo uważać nie jako obumierający i bez znaczenia dla ustroju, jak to dziś jeszcze wielu autorów utrzymuje (Ziemann), ale jako twór zdolny do dalszego życia i rozwoju, który, zmieniwszy postać półksiężycową na owalną, a w końcu okrągłą, rozpada się na kilkanaście spór, dających początek nowemu pokoleniu. Formy półksiężycowe są swoistą postacią dla pasorzyta zimnicy złośliwej, gdyż przeniesione doświadczalnie z jednego organizmu na drugi, zawsze w tej samej formie występują. Demonstrowane półksiężyce, jak i preparaty ze śledziony, pochodzą z chorego (carcinoma recti inoperabile) z kliniki lekarskiej krakowskiej, któremu przeszczepiono zimnicę. Za odrębnością tego pasorzyta przemawiają również przeszczepiania zimnicy trzeciaczkowej, dokonane w klinice lek. lwowskiej. U 2 chorych, którym wstrzyknięto krew z przypadku *febris tertianae*, znaleziono identyczne pasorzyty; u jednego, któremu wstrzyknięto podskórnie, napady zimnicze wystąpiły 16-go dnia; u drugiego, któremu wstrzyknięto krew wprost do żyły, już dnia 5-go.

W dalszym ciągu omawia kol. R. środki lecznicze, stósowane w zimnicy, a z których chininie przyznaje pierwsze miejsce. Usuwa ona szybko napady zimnicze, a podawana przez czas dłuższy, niszczy pasorzyty zimnicy złośliwej. Polecany przez Ehrlicha i Gutmanna błękit metylenowy, któremu w ostatnich czasach Cardamatis, na podstawie swej bogatej statystyki, przyznaje pierwszeństwo przed chininą, wcale jej nie dorównuje. Łatwo występujące, a tak przykre dla chorego wymioty, przypadłości ze strony pęcherza, wreszcie zawsze wątpliwy wynik leczniczy, nie mogą chyba być jego zaletą. Z kilku chorych, leczonych w klinice błękitem met., z wyjątkiem jednego, u wszystkich musiano się uciec do euchininy. *Phenocollum hydrochlor.* żadnego wpływu nie wywiera na pasorzyty zimnicze. Euchinina, zalecająca się brakiem przykrego smaku, właściwego chininie, według dotychczasowych doświadczeń klinicznych, działa korzystnie w zimnicy i jeśliby się okazała wolną od ujemnych stron chininy, mogłaby być dobrym nabytkiem terapeutycznym.

III. Kol. Ehrlich przedstawia 5-letnie dziecko z wrzodem na migdałku prawym, tylnej ścianie przełyku i uvuli, powstałym po połknięciu patyka 5 ctm. długiego, $1^1/_2$ ctm. szerokiego, a 3 mm. grubego. Dziecko przyjętem było z objawami błonicy; po 5 dniach obserwacyi, wśród których brak było objawów stenotycznych, patyk wyjęto.

IV. Kol. prof. Rydygier omawia termin Zjazdu lekarzy w Poznaniu, stósownie do zapytania Komitetu. Po dłuższej rozprawie, w której zabierali głos koledzy: Mahl, prof. Rydygier, prof. Gluziński, Obtułowicz, Merunowicz i Pisek uchwalono: Towarz. lek. lwowskie oświadcza się za terminem wrześniowym, jako najwłaściwszym, zostawia jednak ostateczną decyzyę Komitetowi zjazdowemu, by ten mógł uwzględnić i życzenia kolegów z Kongresówki.

V. Kol. Rencki przedstawia trzy przypadki rwy kulszowej, leczone w klinice lek. lwowskiej zapomocą pędzlowania skóry zgęszczonym kwasem solnym w miejscach bolesnych i założenia opatrunku z waty. W ten sposób Gennatas, lecząc 12-tu chorych, otrzymywał wyleczenie w przeciągu krótkiego czasu, a skutek był widocznym po 3—5 pędzlowaniach, które wykonywał co 24 lub 48 godzin.

U chorych, przedstawionych nasilenie choroby było bardzo znaczne, a cierpienie trwało od 4—6 miesięcy. Pędzlowanie wykonywano co 2 lub 3 dzień, wyjątkowo tylko codziennie, uważając, by nie pomazywać miejsc, w których wytworzyły się pęcherze. Chorzy znosili zabieg dobrze, bóle nie bywały znaczne i nie trwały długo; ilość pędzlowań, potrzebna do zupełnego usunięcia bólów, wynosiła 12—18-tu.

Działanie korzystne kwasu solnego należy sobie tłómaczyć wpływem silnie drażniącym i odwodzącym na skórę, podobnie jak działa termokauter, do którego uciekano się nieraz z dobrym skutkiem, w rozpaczliwych przypadkach rwy kulszowej. Użycie kwasu solnego ma tę zaletę, że jest mało bolesne dla chorego, nie szpeci tak kończyny, jak blizna po przypaleniu termokauterem, wreszcie zastósowanie jego jest bardzo proste i wygodne. Dotychczas stósowano w klinice ten sposób leczenia w kilku przypadkach, sądu więc stanowczego o nim wydać nie można; w każdym razie wyniki otrzymane zalecają do dalszych doświadczeń.

W dyskusyi nad powyższym tematem przemawiali: kol. Pisek, przypominając stósowanie chloralu, który daje także dobre wyniki; kol. Obtułowicz, chwaląc przypalanie żegadłem Paquelina; wre-

szcie kol. Gluziński, który, przyznając identyczne działanie, wspomnianym środkom, podnosi jednak łatwe zastosowanie kwasu solnego, oraz nie tak wielkie pieczenie po jego użyciu, jak po tamtych środkach.

VI. Prof. Trochanowski zdaje sprawę z świeżo dokonanego rozbioru wody i borowiny żegiestowskiej.

Dokładne i obszerne sprawozdanie rozbioru pojawiło się już drukiem i zostało lekarzom w Galicyi rozesłane; prócz tego ogłoszone zostało w Nrze 1 »Przegl. lekarskiego« z roku 1898, w protokole z posiedzenia krakowskiej komisyi przemysłowo lekarskiej.

VII. Kol. Rencki mówi o wartości odżywczej i leczniczej mleka, a w szczególności krakowskiego mleka potrójnego i podwójnego.

Prelegent podnosi znaczenie dyetetyczne mleka w ogólności, oraz podaje spostrzeżenia, zrobione w klinice lek. na 30 chorych, którym podawano podwójne i potrójne mleko, wyrabiane według wskazówek prof. Jaworskiego przez mleczarnię krakowską E. Dobrzyńskiej. Wyniki wypadły zadowalniająco. (Odczyt w całości ogłoszony będzie w »Przegl. lekarskim«).

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koll.: prof. Gluziński, Moraczewski, Obtułowicz, Pisek i Zgórski.

VIII. Kol. prof. Gluziński przedstawił przypadek *polymyositis infectiosa*.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 26 Maja.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 18 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych i gorącem przemówieniu prezesa, prof. Jakubowskiego, na poparcie spraw sierpniowego Zjazdu poznańskiego, kol. prof. Obaliński wyłożył obecny stan nauki o operacyjnem leczeniu rwy nerwu trójdzielnego i przedstawił chorego, u którego, właśnie z powodu tej choroby, usunął *ganglion Gasseri*.

(B) Ministerstwo spraw wewnętrznych podało zasługujące na uwagę wyjaśnienia jednego z ustępów prawa z dnia 16 stycznia, 1896 roku, dotyczącego handlu środkami spożywczymi. § 3 al. 4 tego prawa opiewa, iż za próbki środków spożywczych, pobrane w celu badania, winno państwo właścicielowi towaru wynagrodzenie, które oznaczać ma odnośna władza polityczna, określając wysokość zgodnie z ceną sprzedażną. Wynagrodzenie nie należy się jednak w przypadku, gdy ktośkolwiek został za sprzedaż towaru przez sąd skazany i zniszczenie towaru zarządzono. Gdy władze polityczne miały niejednokrotnie wątpliwości, z jakiego źródła ma być wypłaconem to wynagrodzenie, Ministerstwo reskryptem z dnia 30 kwietnia b. r., wystósowanym do c. k. Namiestnictw, rozporządziło, iż środki na ten cel mają być przekazywane odnośnym władzom politycznym kwartalnie w miarę potrzeb, z sum, któremi rozporządzają Namiestnictwa na wydatki dla celów sanitarnych.

Odpis tego reskryptu został podany przez Ministerstwo do wiadomości c. k. Zakładu powszechnego do badania środków spożywczych w Krakowie.

* Obowiązki komisarzów VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu przyjęli: Dr. Rychliński — na Warszawę, prof. Wicherkiewicz — na Kraków, prof. Rydygier — na Lwów, Dr. Strzemiński — na Wilno, prof. Chodunský — na Pragę, Dr. Motz — na Paryż.

* Dnia 25 maja odbył się wykład habilitacyjny Dra Włodzimierza Sieradzkiego z zakresu medycyny sądowej na temat »O wartości próby płucnej, jako próby życiowej noworodka«.

Po wykładzie nadał Wydział lekarski Drowi Sieradzkiemu *veniam legendi* z zakresu medycyny sądowej.

* Dnia 14 b. m. w paryskiem Towarzystwie biologicznem przedstawił Dr. Michał Siedlecki wyniki ostatnich swych badań nad biologią kokcydyów Prof. Laveran, Balbiani i Hennegeny, którzy zabierali głos w rozprawach, zaznaczyli wielką doniosłość tych badań. Dr. Siedlecki, brat Dra Jana Siedleckiego, jest krakowianinem, był asystentem prof. Kostaneckiego i dotychczasową swoją działalnością dowiódł, że jest samodzielną siłą naukową.

* »Kuryer codzienny« (Nr. 138) donosi, że Eusapia Palladino, w przejeździe z Petersburga do Wiednia, zatrzymała się w zawsze życzliwej dla siebie Warszawie: przedstawienia medyumistyczne odbywają się w gronie ludzi »kompetentnych« ze świata naukowego i literackiego i mają się znakomicie powodzić. Snać technika Eusapii Palladino znacznie się ulepszyła, skoro »Kuryer Codzienny« donosi, że przedstawienia obecnie odbywają się »przy zwykłem świetle«.

* Główny zarząd dla spraw prasowych zawiadomił wydawnictwo »Medycyny«, że Dr. Michał Sadowski został zatwierdzony na stanowisku redaktora tego tygodnika.

* W tych dniach nastąpi w Wiedeńskim uniwersytecie odsłonięcie dwóch pomnikowych popiersi: Karola Rokitańskiego i Škody. Przemawiać mają: Prof. Weichselbaum i Prof. Nothnagel, pierwszy przy odsłonięciu pomnika Rokitańskiego, drugi — Škody.

* »The Lancet« donosi o bohaterskiej działalności hiszpańskiego lekarza Durana, który pod ogniem działowym niósł pomoc żołnierzom w pogromie pod Manillą; miał on już z roztrzaskanem kolanem operować i opatrzył 20 ranionych. Wogóle podnoszą wielkie i ofiarne męztwo lekarzy hiszpańskich.

* Dr. Ryszard Pfeuffer, kierownik części naukowej działu chorób zakaźnych w Instytucie prof. Kocha, bawił w Krakowie dla zwiedzenia tutejszego pasteurowskiego Zakładu szczepień od wścieklizny. Znaczącą jest rzeczą, że Niemcy, którzy tak długo nie uznawali potrzeby, a może i wartości, tych zakładów, zdecydowali się wreszcie u siebie je pozaprowadzać i w tym właśnie celu wysłany został Dr. Pfeuffer dla zwiedzenia zakładów pasteurowskich w Wiedniu, Peszcie i Krakowie.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Artur Frommer, Grzegorz Grzybowski, Marcin Chwalibóg, Bolesław Gerżabek i Ferdynand Jossé.

* O śmierci Dra Jana Minkiewicza, witebszczanina, znanego chirurga na Kaukazie, donieśliśmy w Nrze 4 »Przeglądu lekarskiego«. Koledzy zmarłego, bliżsi świadkowie jego działalności, wydali broszurę, w której pomieścili, oprócz okolicznościowych przemówień (Dra Wojno — na posiedzeniu kaukazkiego Towarz. lekarskiego i Dra Malinina — nad grobem), spis tytułów 57 prac, które zmarły drukiem ogłosił, formularz służbowy i wyliczenie bitew, w których był czynny. Piękną swą mowę zakończył Dr. Wojno słowami: dewizą życia zmarłego były: »praca i prawda«, »pomimo lat sędziwych, żywił ideały młodzieńcze, głęboko wierząc w postęp i zwycięstwo prawdy«.

Ś. p. Dr. Minkiewicz był członkiem Towarz. lek. warszawskiego, wileńskiego, członkiem honorowym — płockiego. Przebywając na Kaukazie od roku 1848, spełnił on w tym kraju nietylko zadanie lekarza, lecz był jednym z wybitnych pionierów, którzy w mroczne wąwozy tej górskiej krainy zanieśli nietylko oręż zwycięzki, lecz pierwsze promienie prawdziwego światła.

* Tygodnik sezonowy »Zdrojowiska«, którego wydawanie zapowiedzieliśmy w Nrze 15 »Przeglądu«, opuścił prasę. Pierwszy numer w zupełności zadość czyni swemu zadaniu informacyjnemu i popularyzującemu; ilustracye są dobre, a treść bogata i wielce urozmaicona.

Nekrologia. Zmarli: Felicyan Dyczakowski, l. 58, zmarł w Kamieńcu Podolskim. Jeszcze jako medyk kijowskiej wszechnicy zesłany w r. 1864 na 4 lat do ciężkich robót w kopalniach Sybiru, przebywał następnie, jako przymusowy osiedleniec w Irkucku i dopiero w roku 1888 złożył egzamin lekarski w Charkowie. Umarł z suchot. (Wracz, Nr. 19).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 1-go Czerwca, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium medicum" na Grzegórzkach, w sali wykładowej Zakładu dla Anatomii patologicznej:

Na porządku dziennym:

1) Kol. Dr. Lewkowicz przedstawi 2-ch chorych z kliniki pedyatrycznej.

2) Kol. Prof. Browicz wygłosi: a) O zjawiskach krystalizacyi komórki wątrobnej.

b) W sprawie pochodzenia melaninu w nowotworach barwikowych.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 4. Czerwca 1898. Nr. 23.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Działanie wody miterbadzkiej „*Mitterbad-Wasser*“) w chorobach krwi i innych stanach chorobowych.

podał

Dr. Walenty Jeż.

Dzięki uprzejmości p. Wilhelma Karpa, który, w celu wypróbowania leczniczego działania wody miterbadzkiej, przesłał jej naszemu szpitalowi kilkaset flaszek, miałem sposobność zbadać na dość licznym materyale szpitalnym, jako też na chorych leczonych ambulatoryjnie, własności lecznicze tej wody i, na podstawie mego doświadczenia, mogę ją polecić najusilniej w tych chorobach, w których przetwory żelaza, arsenu lub fosforu są wskazane. Zarazem nadmienić mi wypada, że w ciągu kilkomiesięcznego jej stósowania, w żadnym przypadku nie stwierdziłem jakichkolwiek nieprzyjemnych lub ubocznych przypadłości, któreby odnieść należało do picia tej wody; chorzy bez wyjątku pili ją bardzo chętnie, a z wyników, jakie osiągnąłem, a które w streszczeniu poniżej podaję, widać jasno, jak korzystny wpływ wywierała ona na rozmaite schorzenia.

Woda miterbadzka należy do rzędu tak zwanych wód siarczano-żelazistych i, jako woda lecznicza, bywa zastósowywana nie tylko wewnętrznie, ale także do kąpiel, a zawartość kwasu węglowego, obok leczenia wewnętrznego, niezaprzeczenie korzystnie wpływa na przebieg leczonych chorób.

Miterbad znajduje się w południowym Tyrolu, w dolinie Ulty, oddalony cztery godziny drogi od Meranu lub Gracu. Leży on 972 m. nad poziomem morza. Woda miterbadzka wytryska z rozpadliny skalnej i tworzy zaraz jakby naturalny zbiornik, wynoszący około 50 ctm. wysokości. Napełnianie flaszek wodą odbywa się wprost z tej naturalnej rozpadliny skalnej, poczem flaszki również na miejscu się korkują, a następnie, w umyślnie na to urządzonym budynku, po odpowiedniem opakowaniu, w świat zostają wysełane.

Rozbioru wody miterbadzkiej dokonał jeszcze w roku 1852 ówczesny prof. Uniw. monachijskiego, Dr. Wittstein. Według tego rozbioru woda miterbadzka zawiera następujące pierwiastki:

FeO	1·378
CaO	1·363
SO_3	5·202
P_2O_5	0·130
SiO_2	0·651
Stałe składniki	8·724
Wolny kwas węglowy . . .	0·417.

Nadto znalazł Wittstein jeszcze MgO, NaO, Cl. W nowszych czasach dokonał rozbioru wody miterbadzkiej Radca dworu, Prof. Dr. Ludwig R. v. Barth i Dr. R. Wegscheider. Według tego rozbioru woda miterbadzka zawiera, na 10,000 części, następujące składniki:

$Na_3 AsO_3$ . . .	0·0044
$Na_3 PO_4$ . . .	0·0732
$Na NO_3$ . . .	0·0168
Na Cl	0·0466
$Na_2 SO_4$ . . .	0·2146
$Cu SO_4$	0·0014
$Fe SO_4$	1·8122
$Fe_2 S_3 O_{12}$ . . .	0·2637
$Al_2 S_2 O_9$ . . .	0·4991
$K_2 SO_4$	0·2915
$Mg SO_4$	0·6261
$Ca SO_4$	3·7283
$Sr SO_4$	0·0080
$Zn SO_4$	0·0043
$Mn SO_4$ . . .	0·0530
$NH_4 NO_3$ . . .	0·0184
$Si O_3$	0·6804
C	0·0101
CO_2	0·4658
Razem . . .	9·3575

Prócz tego znaleźli oni nadto ślady niklu, kobaltu i litu.

Jak więc z powyższego rozbioru wynika, skład wody miterbadzkiej jest bardzo zbliżony do wód Levico i Srebrenicy (źródło Gubera) i, podobnie jak Levico, Srebrenica i Civillina, zawiera arsen, choć w mniejszej nieco ilości. Również zwraca uwagę Prof. Barth na zawartość kwasu fosforowego, czem tłumaczyć sobie należy dobre wyniki, jakie w krzywicy (Rachitis) można osiągnąć, stósując wodę miterbadzką. Odpowiednio do swych składników woda miterbadzka należy do wód leczniczych w ścisłem tego słowa znaczeniu, zawiera bowiem bardzo ważne składniki lecznicze, jak arsen, żelazo, fosfor i zajmuje pośrednie miejsce między wodą Gubera, a słabszą wodą Levico.

Wodę miterbadzką stósowałem w ten sposób, że flaszkę, zawierającą $^3/_8$ litra, wypijali chorzy w przeciągu jednego dnia, pijąc przed spożywaniem głównych pokarmów. Rozumie się samo przez się, że u dzieci stósowałem dawki o połowę mniejsze, a więc flaszka wody miterbadzkiej starczyła dzieciom na 2—3 dni. Dobrze jest przed użyciem wodę nieco ochłodzić. Co się tyczy dyety, jaką wśród picia wody miterbadzkiej polecałem, to, opierając się na licznym szeregu doświadczeń, nabrałem przekonania, że chorzy, pijąc wodę miterbadzką, mogą w ogóle wszystkie pokarmy spożywać, nie krępując się zupełnie wodą. Sądzę nawet, że przepisy-

wanie jakichś specyalnych dyet, lub zakazywanie tych lub owych pokarmów wśród picia wód, zawierających arsen, żelazo i fosfor, zupełnie jest nieuzasadnione; to samo odnosi się i do podawania przetworów żelezistych, przy stósowaniu których chorzy mogą, bez jakiegokolwiek ograniczenia, zwykłą codzienną dyetę zachowywać. Ani razu nie mogłem przekonać się, by chorzy skutkiem takiego polecenia, skarżyć się mieli na jakiekolwiek przypadłości żołądkowo kiszkowe i dlatego wodę miterbadzką bez jakichkolwiek ograniczeń dyety śmiało podawać można. Nie mniej podnieść należy, że woda ta niema żadnego wpływu na zęby i że wśród jej picia, nie ulegają zupełnie zepsuciu, a picie zapomocą rurek jest zupełnie zbyteczne.

Prócz picia wody miterbadzkiej i zwykłej dyety szpitalnej nie podawałem mym chorym żadnych innych przetworów i, dla ocenienia otrzymanych wyników, pozwolę sobie w krótkości podać niektóre przykłady z historyj chorób.

Blednica (chlorosis).

1) Chora, 18 lat licząca, skarży się od dwóch tygodni na zawroty głowy, puste odbijania, uczucie gniecenia w żołądku, męczenie się przy pracy i ogólne osłabienie. Od tego też czasu zauważyła znaczną bladość skóry. Miesiączkowanie w nieregularnych odstępach czasu, połączone z tępymi bólami. Badanie wykazało: bladość powłok skórnych i śluzowych, język nieznacznie obłożony, buczenie nad żyłami szyjnemi. W sercu szmery niedokrewnościowe. Badanie krwi wykazało: krew blada, ciałka czerwone nierównej wielkości, tu i owdzie ciałka czerwone z wypustkami.

Ilość ciałek czerwonych . . . 3,250,000
„ „ białych 8,600
Ilość hemoglobiny . . . . . 45% (Gowers).

Po 2-ch tygodniach używania wody miterbadzkiej zawroty głowy i przypadłości żołądkowe ustąpiły, buczenie nad żyłami szyjnemi bardzo nieznaczne. Szmerów niedokrewnościowych brak. Badanie krwi wykazywało bardzo znaczną poprawę tak w preparatach krwi świeżej, jako też barwionej sposobem Ehrlicha.

Ilość ciałek czerwonych . . . 4.120,000
„ » białych 9,350
Ilość hemoglobiny . . . , . 58% (Gowers).

Chora pozostawała w szpitalu jeszcze jeden tydzień, tak, że całe leczenie wynosiło 3 tygodnie. Wśród tego wypiła 29 flaszek wody miterbadzkiej, po czem czuła się zupełnie zdrową, skóra przybrała barwę naturalną, szmery niedokrewnościowe, jako też buczenie nad żyłami szyjnemi, zniknęło.

Po wypiciu 29 flaszek wody miterbadzkiej, badanie krwi wykazywało:

Ilość ciałek czerwonych . . . 4,310,000
» » białych 6,500
Ilość hemoglobiny . . . . 78% (Gowers).

Jak więc widzimy, w przypadku tym, po wyżyciu 29 flaszek wody miterbadzkiej, poprawa hemoglobiny wynosiła 33% (w dniu przyjęcia 45%, w dniu wyjścia ze szpitala 78%).

2) Pacyentka 16-letnia, przed rokiem miała już przebyć blednicę, trwającą wówczas koło dwóch miesięcy: obecnie od miesiąca czuje się osłabioną, ospałą, niechętną do pracy; skarży się na szum w uszach, zawroty głowy, bicie serca i ogólne osłabienie. Chora o powłokach skóry bardzo bladych, u której badanie krwi wykazywało:

Ilość ciałek czerwonych . . . 2,350,000
» » białych 12,000
Ilość hemoglobiny . . . . . 40% (Gowers).

Chora w ciągu trzechtygodniowego leczenia wypiła 20 flaszek wody miterbadzkiej i wyżyła około 100 pigułek Blanda. Wynik leczenia po trzech tygodniach był zdumiewający, chora czuła się zupełnie zdrową, wesołą, przybrała na wadze i miała wejrzenie zupełnie zdrowej osoby.

Badanie krwi wykazało:

Ilość ciałek czerwonych . . . 4,500,000
Ilość hemoglobiny . . . . . 83% (Gowers).

W ciągu leczenia nie zauważono żadnych przypadłości, któreby odnieść należało czy to do picia wody miterbadzkiej, czy też do zażywania pigułek, a łaknienie było zawsze zadowalniające.

3) przypadek:
Przed podaniem wody miterbadzkiej:
Ilość ciałek czerwonych . . . 3,320,000
Ilość hemoglobiny 45%
Po wyżyciu 15 flaszek
Ilość hemoglobiny . . . . . 75%.

4) przypadek:
Przed podaniem wody miterbadzkiej:
Ilość hemoglobiny . . . . . 38%.
Po wypiciu 25 flaszek wody miterbadzkiej:
Ilość hemoglobiny . . . . . 68%.

Niedokrewność (Anaemia).

Pacyentka przed 2 tygodniami poroniła, przyczem, jak podaje, miała utracić znaczną ilość krwi, a skutkiem znacznego osłabienia zgłosiła się do szpitala.

Badanie krwi wykazało krew bladą, dosyć liczne ciałka czerwone z wypustkami (poikilocyty). Barwienie sposobem Ehrlicha wykazało liczne normoblasty.

Ilość ciałek czerwonych . . . 3,500,000
Ilość ciałek białych 12,000
Ilość hemoglobiny 55%

W ciągu leczenia wyżyła chora 15 flaszek wody miterbadzkiej, przyczem, czując się zdrową, opuściła zakład.

Badanie krwi wykazało:

Ilość ciałek czerwonych . . . 4,800,000
Ilość ciałek białych 9,800
Ilość hemoglobiny . . . . . 79%.

W preparatach krwi świeżej, jako też barwnych, miała ona wejrzenie krwi prawidłowej.

W innym przypadku, gdzie n. p. po krwotoku, skutkiem krwawnic (hemoroidów), przyczem pacyent kilkakrotnie utracił bardzo znaczną ilość krwi, a u którego badanie krwi wykazywało ciałka czerwone w ilości 3,200,000, ilość hemoglobiny 38%, regeneracya krwi następowała bardzo szybko tak, że w przeciągu tygodnia, po wypiciu około 10 flaszek wody miterbadzkiej, ilość ciałek czerwonych wynosiła 5,000,000, z ilością hemoglobiny, wynoszącą 75%.

Również bardzo znaczne polepszenie widziałem w okresie wyzdrowienia po ostrym gośccu stawowym, jako też po durze brzusznym. Wiadomą jest rzeczą, jak w niektórych przypadkach ostrego gośćca stawowego cierpi przedewszystkiem krew. Już wśród jego przebiegu, a jeszcze bardziej w okresie ozdrowienia, chorzy wyglądają „jakby kropli krwi nie mieli“; takie też przypadki należą nie tylko do bardzo ciężkich, ale zarazem wystawiają cierpliwość lekarza i chorego na ciężką próbę. Zaledwie ustąpią objawy zapalenia stawów i ciepłota powróci do normy, a już za parę dni sprawa zaczyna się na nowo zaostrzać i w tych przypadkach, jak to miałem sposobność spostrzegać, podawanie najrozmaitszych leków swoistych przeciwkogośćcowych mało odnosi skutku. W takich to przypadkach zacząłem, obok przetworów salicylowych, podawać wodę miterbadzką. Wyniki jak do dziś dnia, bardzo dobre. W miarę poprawienia się składników krwi, i przebieg choroby również stawał się łagodniejszy, nawroty choroby były coraz rzadsze i w końcu chorzy mogli, jako wyleczeni, zakład opuścić.

Również u ozdrowieńców po durze brzusznym, wśród którego przyszło do krwotoków jelitowych, a chorzy utracili znaczną ilość krwi, powrót do zdrowia i regeneracya krwi przez podawanie wody miterbadzkiej daleko szybciej następowała, aniżeli w tych przypadkach, w których chorym wody nie podawałem; chorzy pili ją bardzo chętnie, nie okazując żadnych przypadłości żołądkowo-kiszkowych.

Ambulatoryjnie miałem sposobność podawać wodę miterbadzką u dzieci zołzowych, dotkniętych obrzmieniem gruczołów szyjnych, o bladem wejrzeniu i jakby nalanych policzkach, cierpiących na swoiste zapalenie spojówek oka. Pacyentom tym, prócz pożywnej dyety i przebywania dużo na świeżem powietrzu, podawałem, stósownie do przypadku, 20—30 flaszek wody miterbadzkiej. Wśród takiego leczenia ogólne wejrzenie dzieci znacznie się poprawiało, w niektórych przypadkach gruczoły widocznie malały; chorzy, skarżący się przedtem na brak łaknienia, doznawali znacznej poprawy i w tym kierunku sprawy miejscowe, przy odpowiednem leczeniu, znacznie wcześniej ustępowały. Z pomiędzy wielu przypadków w jednym tylko zauważyć mogłem, że mały pacyent nie znosił dobrze wody miterbadzkiej i dosyć często skarżył się na bóle brzucha i rozwolnienie. W każdym razie był to przypadek, gdzie również płuca sprawą swoistą były zajęte.

Nie mogę również przemilczeć przypadków neurastenii i macinnictwa u pacyentów z podupadłem odżywieniem, u których badanie krwi wykazywało mniejszy lub większy stopień niedokrewności. Tak n. p. 16-letnia chora, cierpiąca od kilku miesięcy na napady macinnicze, o wejrzeniu bladem, odżywieniu podupadłem, a u której badanie krwi wykazywało 50% hemoglobiny, obok 3.500,000 ciałek czerwonych, a przytem cierpiała często na bóle i zawroty głowy, wśród podawania wody miterbadzkiej i poprawienia się ogólnego stanu odżywienia, również i inne przypadłości uległy polepszeniu, bóle głowy ustąpiły zupełnie, a napady stawały się coraz rzadsze. Pacyentka wypiła 35 flaszek wody miterbadzkiej poczem badanie krwi wykazało bardzo znaczne polepszenie; ilość hemoglobiny wzrosła do 78%, a liczba ciałek czerwonych wynosiła 4,800,000. Napady więcej się nie powtórzyły tak, że chora, po miesięcznej obserwacyi, nie skarżąc się na żadne dolegliwości, zakład opuściła.

Również z dobrym wynikiem podawałem wodę miterbadzką w przypadkach zimnicy, jak niemniej w chorobach skóry (psoriasis), i z wyników otrzymanych w tych chorobach, mogę tylko zachęcić do stósowania tej wody. Nadmienić mi jednak wypada, że, obok wody miterbadzkiej, leczono tych chorych specyalnie; lecz z drugiej strony czas trwania choroby, jako też czas ozdrowienia, trwał daleko krócej, aniżeli w przypadkach, w których wody nie podawałem.

Śmiało tedy powiedzieć możemy, że woda miterbadzka, stósowana w tych przypadkach, w których podawanie żelaza, arsenu i fosforu jest wskazane, oddaje znakomite usługi; a podawana nawet przez czas dłuższy, tak u dorosłych, jako też i u dzieci, nie wywołuje żadnych ubocznych przypadłości. W szczególności zaś, jak to wyżej przytoczone przykłady wskazują, w chorobach, jak błednica, niedokrewność, w ogóle w chorobach, których główna przyczyna tkwi w wadliwym składzie krwi, dalej w okresie pokwitania, woda miterbadzka, ze względu na swe działanie, nie ustępuje zupełnie innym wodom, o składnikach tych samych co ona; a mała zawartość arsenu jest powodem, że w przypadkach n. p. błednicy, u osób z nadmierną ilością tłuszczu, u których większe dawki arsenu i wody o znacznej zawartości arsenu są przeciwskazane, woda miterbadzka zajmuje pierwsze miejsce.

Liczne przypadki, w których podawaliśmy wodę miterbadzką, a które powyżej w krótkim wyciągu podałem, dobitnie świadczą o korzystnem jej działaniu, co, obok nader przystępnej ceny, jest powodem, że woda miterbadzka ze wszechmiar na polecenie zasługuje.

II. Przyczynek do nauki o nowotworach nerkowych typu nadnercza.

(Z Zakładu anatomii patolog. prof. Obrzuta we Lwowie)

napisał

Dr. Paweł L. Kučera,

asystent instytutu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

Badanie mikroskopowe nowotworu pierwotnego i przerzutów wykazało:

Torebka guza składa się z tkanki łącznej, której włókna przebiegają nieco falisto i równolegle z obwodem, są dosyć ubogie w jądra i na licznych miejscach rozstępują się, by pomieścić pomiędzy sobą rozszerzone cienkościenne naczynia. Na miejscach, gdzie, jak wyżej powiedziałem, na powierzchni znajdują się cząstki tkanki nerkowej, torebka ta zachowana i na tych miejscach, jednak odgraniczenie guza od tkanki nerkowej nie jest zbyt ostre, gdyż tkanka łączna z torebki guza łączy się bez nagłego przejścia z delikatniejszą międzymiąższową nowowytworzoną tkanką łączną nerki. Ta ostatnia bowiem przedstawia bardzo wybitny obraz przewlocznego śródmiąższowego zapalenia nerki, tylko gdzie nie gdzie ze śladem nacieku drobnokomórkowego. Tu i owdzie widać w niej gromady, a raczej szeregi komórek przybłonkowych, jako pozostałość po kanalikach i wyraźne, miejscami dobrze zachowane, miejscami szkliście zwyrodniałe, lub przez *glomerulocapsulitis fibrosa* zniszczone, kłębki. Zmiany te najwybitniejsze są na granicy nowotworu, do którego one miejscami bezpośrednio sięgają — bez żadnego przedzielenia torebką łącznotkankową. — a nawet miejscami zachodzi taki stosunek, że wypustki tej nowowytworzonej tkanki łącznej wciskają się z resztkami kłębków pomiędzy miąższ nowotworu; w innem znów miejscu natomiast, w zmienionej tkance nerkowej, widać niedaleko od granicy odosobnione ognisko komórek nowotworowych.

Od opisanej torebki wychodzą pod rozmaitymi kątami, w kierunku do środka nowotworu, beleczki tkanki łącznej, tej samej prawie grubości co torebka, lub cieńsze, i dzielą cały guz na sieć o wielkich, już nie uzbrojonem okiem widzialnych, okach. Jedne przebiegają jednostajnie od obwodu aż do środka, gdzie w tkance nekrotycznej nawet makroskopowo przedstawiają się jako owe zbite, jednorodne, blade przegródki. Niektóre z nich zbaczają tylko pod ostrym kątem od torebki i odcinają skrawek miąższu guza, na sposób siecznej. Grubsze te belki dają początek mniejszym bocznym przegródkom, które w rozmaitych kierunkach splatając się, tworzą miejscami budowę podobną do siatkowatej w płucach, lub okrągło-siatkowatej; gdzieindziej znów drugorzędne te przegródki trzymają się kierunku głównych gałęzi, są cieniutkie zwykle okazujące tylko jeden szereg wązkich, łącznotkankowych jąder, i wytwarzają w ten sposób budowę cewkowatą. W przegródkach tych przebiegają liczne, silnie nastrzykane lub też opadnięte naczynia włosowate.

Światło tych rozmaitych alweolów i cewek wypełnione jest właściwemi komórkami nowotworowemi. Są one wielkie, wielokątne, miejscami przypominają komórki wątrobowe, rzadziej okrągłe lub walcowate, o plazmie jednolitej, barwiącej się eozyną, o 1, rzadko 2 okrągłych lub owalnych jądrach z chromatyną, ułożoną w rzadką sieć i z 1 wyraźnem jąderkiem. Jednak komórki tego rodzaju przedstawiają mniejszą tylko część miąższu nowotworowego. Pomiędzy niemi znajdują się takie, których plazma zawiera jednę lub cały szereg małych jameczek (wakuoli), zupełnie przeźroczystych, oddzielonych od siebie wąziutkiemi resztkami plazmy, wskutek czego jądro, z nieznacznem tylko otoczeniem plazmy, znajduje się w środku komórki, lub też na boku, koło błony komórkowej; w innych znów, zupełnie na kształt ko-

mórek rzeczywistej tkanki tłuszczowej, jedna wielka jamka wypełnia całe ciało komórki, jądro zaś, wyparte, spłaszczone, znajduje się na obwodzie. Nie ulega wątpliwości, że jamki (wakuole) te należy uważać za utwory powstałe przez wypłókanie (wyskokiem i eterem) tłuszczu znajdującego się na tych miejscach. Z tego drugiego rodzaju komórek składa się właśnie przeważna część guza.

Komórki te, jedna obok drugiej, ułożone są na owych łącznotkankowych przegródkach, lub też wprost na śródbłonku naczyń włosowatych, bez żadnej przegrody błony własnej, i wypełniają całe światło jamki lub cewki, w których są one ułożone najczęściej w 2 szeregi. Nigdzie w gromadach tych nie widać światła, któreby było ograniczone prawidłowym szeregiem komórek; gdzie zaś widać w nich przestwory puste, — na podobieństwo światła, — tam ono jest albo pozornem albo powstałem przez zwyrodnienie. Mianowicie zdarza się w mniejszych alweolach, że wprawdzie całe światło wypełnione jest komórkami, jednak można na nich odróżnić 2 części: część podstawową, znajdującą się przy przegródce z jądrem i resztką plazmy, i część ośrodkową zajętą przez wielką jamkę (wakuolę). W środku alweoli te jamki wszystkich komórek przylegają do siebie tak, że pozorne światło alweoli podzielone jest wąziutkiemi resztkami błon komórkowych, część zaś podstawowa wydaje się niby wyściółką rzekomego światła alweoli, lub przewodu cewki. W większych zaś alweolach, położonych bardziej w środku nowotworu, części środkowe są zupełnie puste, lub niezupełnie wypełnione masami rozpadłemi i ograniczone resztkami ztłuszczonych komórek, ułożonych w jednym lub kilku szeregach nad sobą. Wytwarzanie się światła w alweolach, w tych częściach środkowych guza, jest w ścisłym związku z zachowaniem się krążenia krwi. Wyżej już wspomniałem, że naczynia krwionośne, mają nadzwyczaj cieniutką ścianę, i że na wielu miejscach komórki wprost są osadzone na ich śródbłonkach; nieraz nawet zachodzi taki stosunek, iż widzi się ciałka czerwone rozmieszczone luźnie pomiędzy samemi komórkami nowotworu, co jednak nie robi wrażenia wynaczynionki, — bo zmian wstecznych niema, — lecz wprost, jakby komórki te same, bez śródbłonka, wyścielały drogę krwi. Łatwo więc sobie wyobrazić, że gdzie takie cienkie ściany naczyń, to małe już zaburzenie krążenia wystarcza do spowodowania wynaczynionki, która często następuje do środka alweoli, niszcząc komórki, i wytwarzając w nich później, przy swoim rozpadzie, światło. A cała część środkowa guza, pomiędzy mniej więcej zachowanemi beleczkami tkanki łącznej, przedstawia się jako wynaczynionki i zakrzepy w rozmaitych stopniach organizacyi i rozpadu, pomieszane z resztkami miąższu nowotworowego, w którym liczne nieprawidłowe drobne ziarnka, barwiące się jak jądra, świadczą o przebytej tutaj sprawie *karyorrhexis*.

Przerzuty w płucach: Obraz mikroskopowy przerzutów tych w gruncie rzeczy nie wiele się różni od nowotworu pierwotnego, z tą chyba różnicą, że w płucach tylko w guzach znaczniejszej wielkości dochodzi do martwicy (nekrozy) środka; większa zaś ich część ma budowę dobrze zachowaną i dosyć prostą. Na powierzchni guzów tych, zwłaszcza większych, znajduje się wyraźna łącznotkankowa unaczyniona torebka, która na mniejszych z nich mniej jest zbita i pozwala na licznych miejscach miąższowi przerzutu dochodzić aż do tkanki płucnej; oba utkania jednak dobrze można wszędzie rozróżnić. Budowa guzków, w częściach obwodowych, jest o wiele gęstsza, niżeli w środku, gdzie już makroskopowo widać nadzwyczaj rozszerzone i nastrzykane naczynia o ścianach cienkich, wyścielonych przybłonkiem, miejscami skrzepem zatkane. Owa gęstsza część obwodowa, najbardziej zajmująca, przedstawia tuż pod torebką budowę alweoli okrągłych, lub wydłużonych w kierunku do środka. Im dalej do środka, tem więcej przeważa ten ostatni wymiar, tak, iż budowa zupełnie zbliża się do cewkowatej, lecz cewki są bez światła. Regularne to uporządkowanie w partyach ośrodkowych ustępuje budowie o charakterze więcej jednostajnym, w której nieraz trudno odróżnić przebieg beleczek łącznotkankowych. Przegródki te, tak w owej alweolarnej jak cewkowatej warstwie, są utworzone z wąziutkich wypustek tkanki łącznej, w których to przebiegają mocno nastrzykane naczynia włosowate. Komórki, ułożone w tej sieci, prawie w całym przerzucie mają to samo wejrzenie i są podobne do komórek guza pierwotnego, zawierając obfitą ilość tłuszczu, (teraz już wypłókanego). I napotykamy nieraz taką budowę komórki, że jądro z resztką plazmy w środku komórki wydaje się jakby w sieci pajęczyny zawieszone na promieniach pierwoszczy, oddzielającej pojedyńcze jamki (wakuole). Wzajemny stosunek komórek i ułożenie ich bezpośrednio na naczyniach włosowatych jest takie same, jak je opisano w pierwotnym guzie. W owych partyach środkowych, gdzie, jak powiedziałem, niewyraźne są przegródki łącznotkankowe, i naczynia włosowate opadnięte, zawartość tłuszczu w komórkach do takiego dochodzi stopnia, iż jądro, będąc wyparte ku obwodowi, zostaje uciśnięte, wskutek czego tkanka na tym miejscu zbliża się do wejrzenia zwykłego utkania tłuszczowego. Co do liczby komórek, to w alweolach zwykle bywa ich po 3—5—7 w cewkach najczęściej 2 szeregi, rzadziej 1 lub więcej niż dwa. Im bliżej środka, tem więcej rośnie ilość tych szeregów, a ponieważ zarazem szeregi, w środku cewki ułożone, mają plazmę zupełnie stłuszczoną i miejscami są rozpadłe, dają obraz rzekomych lub rzeczywistych świateł.

Przerzuty w wątrobie podobne są do płucnych: Taka sama unaczyniona torebka na powierzchni z licznymi, dotychczas zagadkowymi, utworami, które znane są z obrazów drobnowidowych marskości wątroby, pod nazwą kanalików żółciowych wrzekomych. Bezpośrednio poza torebką miąższ wątroby uciśnięty, dalej zaś znajduje się on w stanie znacznego stwardnienia i nieraz tak blisko leżą koło siebie oba utkania, że z jednej strony rozszerzonej sieci nacz włosowatych wewnątrzzrazikowych znajduje się szereg zwężonych, wciśniętych komórek wątrobowych o plazmie barwiącej się dobrze eozyną, z drugiej znów strony jasne, wielkie komórki guza. Nigdzie jednak jakiegoś przejścia między oboma nie widać.

Przerzut w żyle głównej okazuje przy badaniu mikroskopowem budowę zupełnie podobną do tkanki nowotworowej jak ona się naprzykład przedstawia w przerzutach płucnych; tylko naczyń tutaj mniej, i są one mniej nastrzykane. Utkanie nowotworowe przerzutu tego sięga aż do zewnętrznych warstw błony przybyszowej, z której prawdopodobnie wychodzi, co można wnosić z tego, że na szypułce i powierzchni jego jest wązka pochewka podniesionej przez rozrost guza błony wewnętrznej z włóknami sprężystemi. Co do owego czopka w moczowodzie, to stosunek jego do ścian zupełnie się zgadza z obrazem makroskopowym; przybłonek moczowodu, zredukowany na większej przestrzeni na jednowarstwowy, mniej więcej sześcienny. Istota zatyczki samej utworzona jest przez skrzep krwi na obwodzie, zorganizowany w jednostajną, szklistą, ubogą w jądra tkankę łączną, w środku zawierający masy włóknikowe i martwicowe (nekrotyczne) z nielicznemi, co do budowy źle zachowanemi i porozrzucanemi komórkami nowotworu.

Obraz ten robi wrażenie, jak gdyby w górnej części, — przy miedniczce nerkowej, — gdzie tkanka nowotworowa przebiła ścianę moczowodu, trwało przez czas dłuższy krwawienie; krew ściekająca odnosiła ze sobą komórki tkanki nowotworowej i stopniowo organizowała się w skrzep. Dodać winienem do badania drobnowidowego, że na wszystkich preparatach znajdywałem najwięcej w pierwotnym guzie tu i owdzie naczynia włosowate, wypełnione koloniami paciorkowców, miejscami. w rozpadłych częściach, luźnie ułożonych, posocznicę paciorkowcową, której punktu wyjścia napróżno szukałem.

Pragnę teraz udowodnić, dlaczego macierzystej siedziby naszego nowotworu trzeba szukać w tkance nadnercza. Według Grawitza, do rozpoznania tego, potrzeba mieć następujących 6 punktów: 1) ułożenie nowotworu tuż pod torebką; 2) zupełna odrębność komórek nowotworowych od przybłonków nerkowych, bez żadnego przejścia; 3) treść komórek nowotworowych — nacieczenie tłuszczowe, — objaw nieznany w nerkach; 4) nowotwór oddzielony torebką od resztki nerki; 5) stosunek komórek do tkanki łącznej przedstawia się taki, jak w nadnerczu; 6) Równoczesne zwyrodnienia skrobiowate naczyń nowotworu i nadnercza. Co do punktu 1, to warunek ten dotyczyć może tylko guzów niezłośliwych, w przeciwnym bowiem razie, jak i w następnym przypadku, gdy większa część nerki zniszczona, trudno szukać pierwotnej siedziby guza w nerce, i trzeba poprzestać na stwierdzeniu faktu, że gdzie nad tkanką nowotworu zachowane były resztki nerki, to zawsze, — szczególnie w części górnej, — z kłębuszkami, jako wskazówką warstwy powierzchownej.

Na punkt 2.) trzeba położyć znaczny nacisk ze względu

na tych, którzy nowotwory Grawitza uważają (Sudeck) za gruczolaki nerki. W naszym przypadku mikroskop odpowiada żądaniu Grawitza. 3) Obfitość tłuszczu w komórkach nowotworu jest zjawiskiem, które odrazu uderza, i ono właśnie powoduje jasne ich wejrzenie i przeźroczystość. Grawitz uważa ją za nacieczenie, Sudeck za zwyrodnienie wskutek zaburzeń w krążeniu i w odżywieniu. Z tego jednak względu, że nawet w najmniejszych przerzutach, nieokazujących nigdzie znaku rozpadu, komórki wypełnione są tłuszczem, twierdzenie jego jest nieprawdopodobnem. Inni znów uważają to za objaw fizyologiczny, właściwy tkance nadnercza. Tak i tu mogłem się przekonać, że w obu tych utkaniach (nowotworu i nadnercza) tłuszcz znajduje się tak w kształcie drobnych, rozsianych w plazmie kulek (właściwie na naszych preparatach jamki), jak i w kształcie wielkich, całą komórkę wypełniających kropli. 4) Grawitz sam nie widzi w ścisłem odgraniczeniu na wszystkich miejscach warunku koniecznego, a z rysunków jego widać, że są miejsca, gdzie obie tkanki w styczność wchodzą. W guzie naszym rzeczywiście widać na większej części powierzchni wyżej opisaną torebkę łącznotkankową, wchodzącą pomiędzy nerkę i nowotwór; jednak nie brak i takich miejsc, gdzie oba utkania przerastają się, a raczej bym powiedział, gdzie nowotwór wrasta w nerkę zmienioną, co nie jest dziwnem przy jego złośliwości. 5) Już w opisie widzieliśmy, że na wielu miejscach komórki guza bezpośrednio są usadowione na śródbłonkach naczyń, co zupełnie zgadza się z budową nadnercza. Jednak tłómaczenie takie budowy jest bronią dosyć obosieczną, skoro Hildebrand w tym właśnie ścisłym stosunku widzi dowód pochodzenia nowotworów tych z śródi nabłonków. (endo-i perithelium). Co do 6), to zwyrodnienia skrobiowatego nie stwierdziłem. Ze wszystkich cech tutaj wymienionych żadna jednak z osobna niewystarcza do zupełnego określenia, tylko całość ich jest cechująca, gdyż jak z opisu Rickera[9]) wynika, nawet zawartość tłuszczu w komórkach i umieszczenie ich bezpośrednio na ścianie naczyń włosowatych, znajdywane bywają i w rzeczywistych torbielach nerkowych — (jego trabecularne kystomy); — z drugiej znów strony brak tłuszczu i wytwarzanie się torbieli na pozór zupełnie analogicznych z nerkowymi, nie przemawia przeciw pochodzeniu z nadnercza. Z prac bowiem Marchanda, Askanazyego i Manassego widać, że i tkanka nadnercza może dać początek utworom przerostowym budowy gruczolaków, nawet wyścielonych jak tkanka nerki komórkami walcowatemi. W naszym przypadku jednak nie można i tego zarzutu podnieść, gdyż wszystkie torbiele tu się znajdujące, nie są w rzeczywistości torbielami i powstają tylko przez rozpad środka dawniej wypełnionej alweoli. Tam gdzie rozpad dotyczy i części przegródki dwóch sąsiednich alweoli powstaje obraz brodawek, pokrytych komórkami, w jednym lub więcej rzędach, — rzecz następcza bez znaczenia dla pochodzenia i klasyfikacyi.

Starałem się wykazać także w przypadku naszym glikogen, stosując metodę Weigerta przez Lubarscha przytoczoną, oraz metodę jodową, — jakkolwiek obecność glikogenu, jak już powiedziałem, nie jest rozstrzygająca; — pokazało się jednak, że metody konserwacyjne (sublimat, formalina), gdzie preparaty długo wchodziły w styczność z wodą, były nieodpowiednie.

Natomiast mogłem się przekonać na preparatach z pierwotnego guza, — również za wskazówką Lubarscha, — o wielkich utworach plazmatycznych, z wielu jądrami, komórkach olbrzymich, prócz tego znajdywałem komórki rzeczywiście znacznych rozmiarów z jednem jądrem, miejscami hiperchromatycznem, ułożone, jak i poprzednie, w alweolach między innemi, albo osobno. Pochodzenie ich i znaczenie trudno tutaj określić. To tylko mi się zdaje, że innem jest niżeli w ziarniniakach zakaźnych, gdyż pochodzenie ich z krwi wydaje mi się w tym przypadku nieprawdopodobnem.

Na jeden jeszcze objaw należy szczególnie zwrócić uwagę, mianowicie na obfitość naczyń w tym nowotworze, fakt, który tu chyba dał powód do rozpoznania klinicznego: *Angiosarcoma*. Sam Grawitz już przytacza, że zwykle *Struma suprarenalis Virchowa* ma w środku rozstrzeń naczyń włosowatych z wynaczynionką, i że to samo znajdujemy i w *struma aberrata* w nerce i w nowotworach złośliwych tego rodzaju. Dr. D'Aiutolo (według Gattiego) widzi w obfitości naczyń poparcie teoryi Grawitza, ponieważ w nadnerczu, jak i w naszych nowotworach unaczynienie na obwodzie jest większe, niżeli w części środkowej. Jeszcze dalej poszedł de Paoli i Hildebrand, jak wyżej nadmieniłem: pierwszy nazywając *angiosarcoma*, drugi *endo* czy *perithelioma*. Rozpoznanie swoje opiera Hildebrand na obfitości naczyń, ścisłym związku śródbłonków lub przybłonków (endo- i perithelium) z komórkami nowotworu i obrazach przejściowych między oboma, a w wywodach swoich tak daleko idzie, że widząc analogię między nowotworem i nadnerczem, raczej chciałby uważać to ostatnie za jakiś fizyologiczny *endo-* lub *perithelioma*, niżeli porzucić myśl powstania komórek nowotworu z przybłonka naczyń. Jakkolwiek nadzwyczaj dokładnie i sumiennie stara się poprzeć swoje zapatrywanie, to fakt, że zawsze znajdywałem różnicę między komórkami, wyścielającemi naczynia włosowate i komórkami nowotworu, że nie widziałem przestworów chłonnych naokoło naczyń, wypełnionych komórkami nowotworowemi i kompletne podobieństwo do utkania nadnercza, nie pozwalają mi przyłączyć się do jego zdania.

Budowa nowotworu tego i jego przerzutów, tak idzie daleko w podobieństwie do tkanki nadnercza — i to pasa kłębuszków, — iż na niektórych miejscach, nie widząc reszty, nie wahał by się nikt z rozpoznaniem nadnercza. Rzadko kiedy jakiś gruczolak tak wierną ma budowę swojej tkanki macierzystej, jak właśnie ten szereg nowotworów, które, jeżeli nadnercze uważamy za gruczoł, można by uważać za jego gruczolak *kat'exochen*. A to właśnie nie pozwala nam także zaliczyć nowotworów tych, choćby złośliwych, między raki. U innych bowiem gruczolaków, z chwilą, gdy one stają się złośliwymi, coraz to więcej oddala się budowa od tkanki pierwotnej i przybiera cechę bujania „atypowego“, podczas gdy tu nowotwór we wszystkich przerzutach zostaje tożsamym; nigdzie nie widać typowego dla raka szerzenia się zapomocą czopków, nigdzie podścielisko zajętego narządu nie służy za podścielisko nowotworowi.

Guzy te tworzą gromadę dobrze określoną, nawet w postaciach złośliwych i, zdaje mi się, że możnaby je z Lubarschem nazwać nowotworami „typu nadnercza“.

---

[9]) Cblt. f. Allg. Path. u. path. Anat. Bd. VIII. Nr. 11.

W wielu opisanych przypadkach podnoszą autorowie skłonność wrastania tych nowotworów do żył, co i w naszym przypadku na początku żyły nerkowej stwierdzić można. A na tej drodze, zdaje mi się, jak i Manasse tłómaczy, trzeba szukać sposobu wytwarzania się przerzutów: Pojedyńcze komórki lub ich gromadki, może jeszcze z jakim czynnikiem pasorzytowym, — zniesione bywają do naczyń włosowatych, — ztąd przeważne zajęcie partyj podopłucnowych, gdzie zatrzymują się i rozrastają. Przerzut naścienny, w żyle głównej, chciałbym wytłómaczyć, jako wychodzący ze ściany samej, może z naczynia naczyniowego, nie ze światła żyły, skoro na jego powierzchni wykazać można powłokę *intimy*.

Cała gromada tych nowotworów Grawitza obok Rhabdomyomów (Manasse) i rzeczywistych tłuszczaków nerki (Müller [10]), jest świadectwem, że nie można do pewnego stopnia odrzucić dawnej teoryi Cohnheima, według której każdy nowotwór wychodzi z zarodków zabłąkanych; jednak nie pozwala nam na żadne dalsze uogólnianie tej teoryi, a nawet dla tych nowotworów zawsze jeszcze zastósowaćby można teoryę pasorzytniczą w ten sposób, że pasorzyty znajdują w zarodkach tkanki nadnercza, w miejscu nieodpowiadającem jego znaczeniu fizyologicznemu, *locus minoris resistentiae*. A w ten sposób możnaby również odpowiedzieć Sudeckowi, dlaczego właśnie te zabłąkane kawałki nadnercza, stosunkowo rzadko znajdywane, mają być powodem nowotworów.

Zresztą nic dziwnego, że przy oznaczaniu tych guzów dochodzi do sprzeczności, co do powstawania ich. Łatwo bowiem sobie wytłómaczyć, — a fakta podobne są znane, — iż tak nadnercze z jednej, jak i nerka z drugiej strony, mogą dać początek utworom rozrostowym bardzo podobnym i nawet pokrewnym. Chociaż ostateczna budowa i czynność obu tych narządów zupełnie jest różna, to przecież początek ich zarodkowy zdaje się być jednakowy, gdyż na podstawie badań hr. Spee, Rabla i in., nadnercze, przynajmniej jego część korowa, pochodzi z przybłonka jam opłucnowej i otrzewnej, a według Janošika rozwój jego w ścisłym jest związku z układem moczopłciowym.

Niech mi wolno będzie jeszcze kilka słów dodać o nadmienionych już pasorzytach przy nowotworach złośliwych. Russel dopatruje czynnika etyologicznego raka w ciałkach zwanych *fuchsinofilne*, lub, od jego nazwiska, Russelowskie i za blastomycety uważane. Swieżo dopiero Santelice [11]) po całym szeregu autorów, za i przeciw, broni jego zapatrywania na drodze doświadczalnej. Znajdywałem utwory te w opisanym nowotworze pierwotnym i przerzutach wątrobowych, pojedyńczo i w gromadach, wielkości od ciałka czerwonego do dziesięć razy większych rozmiarów, w alweolach, w przegródkach i w świetle naczyń włosowatych. Wprawdzie przeważnie były umieszczone w częściach obwodowych, lecz w środkowych rozpadłych nie brakło ich. Nie chcę bez dalszych doświadczeń, zwłaszcza że Sanfelice jedynie drogę doświadczenia za prawą uznaje, zwalczać znaczenia ich pasorzytniczego; jednak cechy ich morfologiczne i obrazy przejściowe co do kształtu i co do wielkości, tak znienawidzone przez Lubarscha, dalej barwienia się ich na sposób ciałek czerwonych, aż do wybitnych ciałek fuchsinofilnych, nasuwają pytanie, czy utwory te nie są wytworem przemiany ciałek czerwonych?

[10]) Virch. Arch. Bd 145, 1896.
[11]) Ctlbtt f. Bacteriol. 1898.

III. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

(Ciąg dalszy).

5) Brixa: **O braku oddziaływania źrenicy na światło przy zachowanej wrażliwości świetlnej.** (*Wien. klin. Woch.* s. 301).

Autor opisuje z dokładnością przypadek spostrzegany w klinice okulistycznej w Insbruku, w którym, wskutek skaleczenia oka przez ciało obce, slady wrażliwości świetlnej pozostały, lecz oddziaływanie źrenicy zupełnie zostało utracone; utrata ta odnosiła się zarówno co do *reactio directa*, jak i co do t. zw. *reactio consensualis*. Po roku pacyent mógł liczyć palce na odległość 2 metrów, nerw wzrokowy był w stanie zaniku, a *reactio consensualis* występowała nadzwyczaj leniwie. Przypadek ten, który zainteresował bardzo okulistów i fizyologów, mógłby, zdaniem autora, służyć za dowód, że w nerwie wzrokowym przebiegają dwojakie włókna, mianowicie służące do odbierania wrażeń świetlnych, oraz zawiadujące zwrotnem zwężeniem źrenicy pod wpływem światła czyli wpływające na odruch źrenicy; wobec urazu mechanicznego w opisanem powyżej skaleczeniu więcej odpornie zachowały się włókna ostatniego rodzaju.

---

6) H. Held: **Przyczynek do nauki o obwodowem przewodnictwie słuchowem.** (*Archiv für Anatom. und Physiol.* 5/10 s. 350).

Wiadomo każdemu, jak chętnie większa część fizyologów przechyla się na stronę teoryi Helmholtza, tłómaczącej zdolność odczuwania i odróżniania tonów przez zakończenia nerwu słuchowego. Zdaniem tego autora nietylko cały nerw słuchowy jest obdarzony swoistą energią tak, iż każde jego podrażnienie wywołać może tylko wrażenie słuchowe, lecz nawet każde pojedyńcze włókienko tego nerwu, każde jego zakończenie w narządzie Cortiego, posiada swoiste cechy. Drgania włókien blaszki podstawowej, posiadających różną długość, tak jak struny fortepianowe, udzielają się ustawionym na nich pierwiastkom nerwowym, wprawiając je w stan czynny; a że każde włókno ma być niejako nastrojone na jedno brzmienie o ściśle określonym charakterze, przeto każde takie brzmienie wywołuje stan czynny specyalnego, osobnego zakończenia nerwowego. Przeciw teoryi Helmholtza podnoszono zarzuty, że różnice między włóknami błony podstawowej są zbyt małe, ażeby ich wymiar pozwalał na odróżnianie tej skali tonów, jakie w istocie wprawne ucho rozeznać zdoła; na obronę jednak tego twierdzenia wciągnięto w rachubę wpływ przybłonka, komórek rzęsatych, błony siateczkowatej itp., mogących uwarunkowywać różnice w nastrojeniu włókienek. W ostatnich czasach Held, badając subtelną budowę rozgałęzień obwodowych nerwu słuchowego, znalazł, iż mniejsza lub większa liczba komórek rzęsatych, dość daleko nieraz od siebie leżących, stoi w związku z jedną komórką zwojową w *ganglion spirale*. Nie wchodząc tu w bliższy opis tych rozgałęzień obwodowych i ubocznych połączeń (anastomoz), podkreślić tylko wypada fakt, że w takim razie pewna liczba drgań różnej wysokości przenosi się w gruncie rzeczy do wspólnej komórki zwojowej i że z powodu różnych przyczyn wprawiona być może w stan czynny zarówno ta komórka, jak i włókno, łączące ją z ośrodkami mózgowymi. Sprzeciwiałoby się to poniekąd teoryi Helmholtza, bo sama budowa anatomiczna przemawia za tem, iż różne brzmienia i dźwięki jedną i tę samą komórkę podra-

żnić mogą. Aby mimoto ochronić teoryę, która bądź co bądź najlepiej ze wszystkich dotychczas istniejących tłómaczy możność odróżniania subtelnych różnic dźwiękowych, podsuwa krytyka fachowa hipotezę, iż podział rozgałęzionych włókien, wśród komórek rzęsatych, opartym jest na matematycznym systemie kombinacyj tak, iż pojedyńczemu podrażnieniu dźwiękowemu odpowiada stan czynny nie specyficznego włókna, lecz bądź co bądź specyficznej kombinacyi nerwowych pierwiastków.

---

7) M. Eberson. **O barwnym smaku.** (*Wien. med. Presse* s. 1541).

Ciekawe samospostrzeżenia autora, nie sprawdzone jeszcze na innych medyach, zasługują, choćby dla samej oryginalności, na wzmiankę. Eberson spostrzegł bowiem, że podczas kosztowania czegoś kwaśnego, odczuwał wrażenie barwy niebieskiej, a czerwono-żółtej, podczas kosztowania rzeczy gorzkich. Naodwrót, widok barwy niebieskiej, a nawet myśl o tej barwie sprawiała mu zawsze wrażenie smakowe kwasu. Krytyka fachowa nie wypowiedziała jeszcze zdania, opartego na większej liczbie doświadczeń; ze stanowiska fizyologicznego przypomnieć jednak można na tem miejscu, iż wrażenia smakowe stoją w ścisłym związku z wrażeniami wzrokowemi, węchowemi i dotykowemi; a czucie, smakiem zwane, wprost zależy w pewnych warunkach nawet od drugorzędnych wrażeń, odebranych współcześnie przez inne zmysły; wszak każdemu wiadomo, że są substancye, które właściwie żadnego smaku nie posiadają, a dla nas mają smak, zależny od czucia lub węchu, i że naodwrót substancye o smaku określonym wydają się nam jego pozbawione, podczas gdy chorujemy n. p. na nieżyt błony węchowej.

Dr. Zanietowski.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Docent Dr. Ludomił Korczyński: **Kilka uwag o Szczawnicy, jako stacyi klimatycznej dla chorych gruźliczych.** (*Medycyna Nr. 19 i 20, r. 1898*). Już Dietl w r. 1858, w „Uwagach nad zdrojowiskami“, zalicza pomiędzy innemi, gruźlicę do chorób, które ze świetnym skutkiem w Szczawnicy leczone być mogą, osobliwie w okresie początkowym, przypisując jednak, w myśl panujących podówczas poglądów, owe świetne wyniki głównie zbawiennemu działaniu samych wód szczawnickich.

Od tego czasu upłynął cały szereg lat; przesuwały się kolejno najrozmaitsze sposoby leczenia tej strasznej choroby, przynosząc zamiast oczekiwanych korzyści, nowe zawody i rozczarowania. Sprawa swoistego leczenia gruźlicy postąpiła bardzo mało naprzód i stanowić ona jeszcze może przez długi czas zagadnienie medycyny. Wobec tego pierwszorzędni klinicyści naszej doby, jak Leyden, Ziemssen, Senator, Gerhard i inni oświadczyli się jednozgodnie, na zeszłorocznym Kongresie w Moskwie, za klimatycznem i higieniczno-dyetetycznem leczeniem gruźlicy.

Autor „Kilku uwag o Szczawnicy“, jest również stanowczym zwolennikiem tego sposobu leczenia suchot płucnych, a ze względu na własności klimatu i położenia stawia Szczawnicę, jako jedna z pierwszych w rzędzie naszych uzdrowisk klimatycznych letnich, gdzie tego rodzaju leczenie można przeprowadzić z największą dla chorego korzyścią.

Szczawnica leży około 500 m. n. p. m., w szerokiej górskiej dolinie, na gruncie nieprzepuszczalnym, a okalające ją prawie ze wszystkich stron góry sprawiają, że siła wiatrów przeważnie jest nieznaczna. Klimat umiarkowany o średniej ciepłocie rocznej 6·5° C.; nieznaczne różnice ciśnienia barometrycznego między najwyższem a najniższem ciśnieniem miesięcznem w porze letniej; ilość pary wodnej w powietrzu, ze względu na sąsiedztwo Dunajca i jego dopływów, wyższa aniżeli by to wzniesieniu n. p. m. i ciśnieniu barometrycznemu odpowiadało, a wreszcie dobre stosunki zdrowotne i brak wszelkich chorób endemicznych, stwarzają warunki, zdolne podnieść czynności odżywcze ustroju, zwiększyć energię tkanek i pobudzać przemianę pierwiastków, a tem samem zwiększyć jego odporność. Do najwdzięczniejszych przypadków, nadających się do leczenia w Szczawnicy, zalicza autor gruźlicę we wczesnym okresie rozwoju, z niezbyt znacznemi zmianami. W takich przypadkach, już w czasie stosunkowo dość krótkim, może wystąpić znaczna poprawa stanu ogólnego chorych: objawy przedmiotowe, jak kaszel, gorączka, dreszcze i poty ustępują rychło, łaknienie się poprawia, trawienie staje się żywszem, skład krwi poprawia się znakomicie również, chorzy nabierają sił, przybierają na wadze, a po kilku tygodniach zmienia się ich wejrzenie na korzyść do niepoznania. Znaczną poprawę stwierdził również autor u chorych gruźliczych z dalej posuniętemi zmianami, a przypisuje ją wpływowi dodatniemu dłuższego pobytu w Szczawnicy na stan ogólny, a często i na sprawę miejscowa w płucach. Spostrzeżenia te mogą być dowodem, że sprawa gruźlicza, jeśli nie zupełnie usunięta, to przynajmniej na dłuższy czas może być wstrzymaną w swoim rozwoju.

Co do powikłań przyrody niegruźliczej, to, zdaniem autora, niektóre z nich, jak cierpienia narządu krążenia w okresie wyrównania, nieżyty żołądka i jelit, nieżyt przewodów żółciowych, dróg moczowych, niektóre zboczenia w przemianie materyi, a osobliwie tak często towarzyszące gruźlicy płuc uporczywe nieżyty błony śluzowej dróg oddechowych, stanowią do pewnego stopnia wskazania dla Szczawnicy, tak ze względu na jej właściwości klimatyczne, jak niemniej i ze względu na dodatnie działanie wód szczawnickich. Podobnie jak większość doświadczonych ftyzyoterapeutów nie uważa autor skłonności do krwotoków za przeciwwskazanie do pobytu takich chorych w wyżej położonych stacyach klimatycznych, w tym przypadku w Szczawnicy; oświadcza się tylko w takich razach za zachowaniem koniecznych ostrożności.

Spostrzeżenia powyższe, zebrane w latach od r. 1894 do 1897, objaśnione są tablicami, odnoszącemi się do dat meteorologicznych Szczawnicy i przytoczeniem historyi chorób pomyślnie przebiegających przypadków. *Dr. Z. W.*

Cruz Gonçalvez: **Poszukiwanie nasienia zapomocą odczynu Florencea** (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1898, Nr. 2). Odczyn, podany przez Florencea w roku ubiegłym, polega, jak wiadomo, na tem, że cząstka splamionej tkaniny, umieszczona w kropli wody, poddaje się działaniu roczynu jodu w jodku potasu i wodzie. (KJ_3 = 1·65 gr. I = 2·54 gr. H_2O = 30 grm.). Jeżeli badana plama zawierała nasienie ludzkie, wówczas powstają kryształy brunatnawe, z postaci podobne zupełnie do kryształków heminy. Rozmaite wydzieliny ustroju ludzkiego i nasienie zwierzęce nie tworzą z roczynem jodu kryształów. Sam Florence nie przypisuje swojej próbie znaczenia rozstrzygającego; służyć ma ona do badań wstępnych; dopiero oddzieliwszy zapomocą niej plamy z nasienia od innych plam, należy w pierwszych szukać plemników, jako stanowczego dowodu; resztę plam można pominąć, coby znacznie skracało czas badania. Wiadomo też, że Whitney uzyskał kryształki Florencea z nasienia królików, a Richter i inni z rozmaitych gnijących narządów zwierzęcych i ludzkich. Badania Cruza zmierzały do jeszcze ściślejszego określenia wartości odczynu Florencea, mianowicie do oznaczenia granicy czułości odczynu przy rozcieńczeniu nasienia wodą, oraz do stwierdzenia, czy odczyn powstaje lub nie po zmięszaniu nasienia z rozmaitemi wydzielinami ustroju. Cruz stwierdza, że rozcieńczając nasienie wodą przekroploną, można aż do granicy 1:100 otrzymać kryształy szybko i łatwo; do granicy 1:300 tworzą się one wolniej i trudniej. W rozcieńczeniu 1:350 tworzy się tak mało drobnych kryształów, że ich nie można prawie rozpoznać; wówczas należy, według pomysłu Viberta,

ogrzać preparat, a potem oziębić, przez co naprzód rozpuszczają się pierwsze drobne kryształki, a potem powstają liczniejsze i większe. W rozcieńczeniu 1:400 odczyn wypada zawsze ujemnie. Ze stanowiska praktyki sądowo-lekarskiej ważniejsze są wyniki badań Cruza, dotyczących nasienia zmięszanego z rozmaitymi płynami ustroju. Krew, zmięszana z nasieniem, nie tamuje odczynu, nawet, jeśli znajduje się w równej ilości; dopiero znaczna przewaga krwi przeszkadza odczynowi. Natomiast w nasieniu rozcieńczonem wodą (1:100), już małe ilości krwi niweczą powstanie odczynu. Tak samo działa mocz na nasienie rozcieńczone wodą; w nasieniu nierozcieńczonem wodą, a zmięszanem pół na pół z moczem, tworzą się jeszcze kryształy, lubo znacznie wolniej; znaczniejsza domieszka moczu (1:3—1:20) przeszkadza zupełnie odczynowi. Natomiast domieszki: śliny, śluzu z cewki moczowej i pochwy, kału i ropy nie wpływają wcale na tworzenie się kryształów. *S.*

Dr. A. Baginsky: **Dalsze wyniki leczenia błonicy surowicą, wedle spostrzeżeń w szpitalu dziecięcym cesarza Fryderyka w Berlinie**. *(Archiv f. Kinderheilkunde T. XXIV Z. 5/6).* Opierając się na poważnej liczbie, 21,324 przypadków, spostrzeganych w szpitalu, przychodzi autor do przekonania, że sprawa leczenia błonicy surowicą winna być uważana przez lekarzy praktycznych za rozwiązaną ostatecznie, a surowicę uważać należy, jako pewny środek leczniczy przeciw błonicy, jeżeli tylko w dostatecznej ilości i w okresie wczesnym zastósowaną zostanie. Co do wstrzykiwań ochronnych u dzieci, to, uwzględniając doświadczenie, nabyte w 584 przypadkach, należy wykonywać je li tylko w szpitalach, a nie w praktyce prywatnej

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. H. Ehret: **O stosunku czwórniaka (sarcina) do spraw kiśnienia w żołądku**. *(Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 744). Z wypitem mlekiem i piwem, ze spożytemi jarzynami i owocami, czwórniak, dostawszy się do żołądka, ginie bez śladu, jeśli żołądek jest zdrowy. Mnoży się jednak nierzadko w znacznym stopniu, gdy w tym żołądku zalegają pokarmy, czy to z powodu cieśni odźwiernika, czy też skutkiem niedomogi siły ruchowej żołądka. Obecność tego drobnoustroju w chorym żołądku może być obojętną, kiśnienie w papce pokarmowej wywołują inne drobnoustroje, czwórniak pozostaje tylko pasorzytem. Istnieją jednak przypadki, w których właśnie czwórniak jest przyczyną tej fermentacyi, której produktami są: wyskok CO_2, aldehyd, kwasy: octowy i mrówkowy. Żadne znane środki odkażające nie potrafią go z żołądka usunąć. Pozostają tylko zabiegi chirurgiczne, skierowane przeciw pierwotnemu cierpieniu.

Herman.

Arnstein Feliks (lekarz praktykujący w Kutnie): **Przyczynek do działania dużych dawek pilokarpiny przy zapaleniu płuc włóknikowem**. *(Gazeta lekarska*, Nr. 9. 1898). Jak wiadomo, na międzynarodowym Zjeździe lekarskim, w Rzymie, r. 1894, podał węgierski lekarz Sziklei nowy, rzekomo nawet poronny, środek w zapaleniu płuc włóknikowem, w postaci chlorku pilokarpiny (w dawkach wielkich *pro die* 0·01—0·02 u dzieci, 0·1 u dorosłych w naparze wymiotnicy).

Autor próbował środka tego w pięciu przypadkach zapalenia płuc włóknikowego i doszedł do wręcz przeciwnego wyniku. Przedewszystkiem chlorek pilokarpiny jest lekiem niebezpiecznym (dla czynności serca), więc go nie można podawać u osób osłabionych, starych, u dzieci. Pozostaje tedy stósowanie go u ludzi silnych, młodych, a u tych zapalenie płuc przebiega zazwyczaj pomyślnie; przeto nawet brak podstawy do ocenienia działania korzystnego tego leku, a wielka możliwość złudzenia, do czego lekarze są tak pochopni.

W jednym nawet przypadku swoim widział autor pogorszenie choroby po zastósowaniu chlorku pilokarpiny, a może przyczynił się on do zejścia śmiertelnego, gdyż bezpośrednio po zażyciu nastąpił zapad.

Wprawdzie wywołuje on silne poty, jednak nigdy przełomu zapalenia autor nie widział. Przestrzega tedy, aby chlorku pilokarpiny zbyt chętnie nie stósować, a w każdym razie zachować wielką ostrożność, jeżeli się chce wogóle tego środka próbować i do własnego w tym względzie dojść zapatrywania. Zdanie autora nie jest odosobnione, bo znajdujemy podobne w literaturze niemieckiej.

Do podobnych uwag doprowadziło doświadczenie kliniczne, również M. Rosenberga, który nie uważa chlorku pilokarpiny za środek swoisty, ale przeciwnie potępia go zupełnie, mieniąc szkodliwym, wywołującym zatrucie ustroju. *(Deutsch. Archiv f. klin. Med.*, B. 59).

Dr. Eljasz-Radzikowski.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo psychyatrów i neurologów w Wiedniu.

Posiedzenie z dnia 10 maja 1898 r.
Przewodniczący Prof. Krafft-Ebing.

1) Dr. Halban przedstawił 38-letniego chorego z drżączką: przypadek godny uwagi ze względu na młody wiek chorego, poprzedzający uraz, jako przypuszczalną przyczynę choroby i stałe zbaczanie języka w stronę prawą.

Z dwóch głównych objawów, znamionujących chorobę Parkinsona, najpierw wystąpiło u chorego drżenie, które i teraz jeszcze stanowi największą dolegliwość. Rozpoczęło się ono w wielkim palcu lewej ręki (lipiec roku 1897), a w przeciągu 3 do 4 tygodni zajęło rękę, ramię i nogę po tej samej stronie. Drżenie przeszło także na prawą rękę i ramię. Chory, człowiek wcale inteligentny, uważa drżenie prawej górnej kończyny za przeniesione, co jednak, wobec wzmożenia drżenia podczas ruchu, łatwo wykluczyć można. To samo można spostrzedz na lewej górnej kończynie, ale już w mniejszym stopniu. W prawej dolnej kończynie drżenie zjawia się napadowo.

Charcot, Oppenheim, Walz i inni podnoszą wzmożenie drżenia, jako ważny objaw dla rozpoznania różniczkowego pomiędzy chorobą Parkinsona, a rozsianem wieloogniskowem stwardnieniem. Dowodem, że zdanie ich mylne, jest przedstawiony przypadek, w którym rozpoznanie nie ulega żadnej wątpliwości. Gowers podał nawet przypadek, w którym drżenie występowało tylko podczas ruchów. Drżenie mięśni tułowia u tego chorego prędzej możnaby uważać za przeniesione, chociaż, wbrew zdaniu Charcota, dość często, jak wiadomo, spotyka się przypadki, w których mięśnie karku i głowy przyjmują samoistny udział w chorobie. Drżenie języka, które się wzmaga przy wyciąganiu, jest tylko napadowe i nieznaczne, póki on się znajduje w jamie ustnej.

Przy wysuwaniu język zbacza stale na prawo: zaniku ani ograniczenia ruchów nie widzimy. Chory nie jest w stanie podać nic dokładniejszego o tej nieprawidłowości, nienależącej bynajmniej do znanego zbioru objawów choroby Parkinsona, ponieważ nie zwróciła ona dotychczas jego uwagi.

Drugi główny objaw drżączki, wzmożone napięcie mięśni, znacznie słabiej rozwinęło się u chorego. Chociaż ruchy liczne w kończynach lewej strony nie bardzo utrudnione, to jednak postawa, a zwłaszcza pochylenie tułowia ku przodowi, na pierwszy rzut oka upewnia w rozpoznaniu.

Skłonności biegania naprzód, lub poruszania się w tył, nie było u chorego. Wyraz twarzy niezmienny, spojrzenie nieruchome, głos jednostajny, bez śpiewności. Siła mięśniowa lewej ręki i nogi zmniejszona. Odruchy kończyn dolnych znacznie wzmożone, bardziej po stronie lewej, niż po prawej; łatwo można wywołać drganie kolanowe i stopowe. Badanie oczu dało wynik ujemny. Od 5—6 miesięcy chory uskarża się na parestezye w lewej nodze, występujące pod postacią uczucia palenia, sięgającego od stawu biodrowego do kolana i uczucia napięcia lewej strony klatki piersiowej. Gowers uważa te parestezye za następstwa zmian naczynioruchowych. Innych zmian chorobowych wykazać nie było można.

Następnie Dr. Halban przystąpił do omówienia związku przyczynowego między urazem, a chorobą Parkinsona.

Chory, 38-letni parobek, dziedzicznie nie obciążony, podaje, że

do 30 roku życia był zupełnie zdrów. W lutym 1890 roku przejechał go wóz, przyczem zostały mu złamane dwa żebra (5 i 6 lewe). Od tego czasu dostawał przy zmianie pogody bólów, rozpromieniających się, od miejsca złamania, w kierunku stawu barkowego; później, od roku 1894, bóle te występowały prawie codziennie, zwłaszcza zaś stale po pracy. W lipcu 1897 r. rozpoczęło się drżenie, które w wyżej podanym porządku zajęło wszystkie 4 kończyny.

Mimowoli nasuwa się myśl o znaczeniu urazu w etyologii drżączki; powodem tego jest niezwykle młody wiek, wystąpienie drżenia najpierw po stronie dotkniętej urazem, bóle rozpromieniające się od miejsca złamania ku barkowi, wreszcie bolesność 5 i 6 żebra przy ucisku. Nawet Charcot, który więcej podnosi znaczenie etyologiczne silnych wzruszeń, niż urazów mechanicznych, wymienia bóle gośccowe i nerwowe, które chorzy na drżączkę w wywiadach podają; zazwyczaj w tych przypadkach dowiadujemy się także o urazie. Związek, zachodzący pomiędzy chorobą Parkinsona a urazem, tłómaczą Charcot, Hitzig i inni zapalnemi sprawami, szerzącemi się od obwodu ku ośrodkom i wywołującemi rozległe objawy podrażnień szlaków ruchowych.

Gowers występuje przeciwko zdaniu niektórych autorów, którzy więcej znaczenia przypisują przestrachowi, towarzyszącemu każdemu urazowi, przypominając, że zwykle drżenie obejmuje najprzód kończynę dotkniętą urazem. Uważa on związek pomiędzy urazem a chorobą Parkinsona za tem prawdopodobniejszy, im wcześniej po urazie występują pierwsze objawy choroby. W przypadkach, w których dłuższy przeciąg czasu upływa od urazu do rozpoczęcia się choroby, zdaniem Gowersa tylko wtedy wolno tu myśleć o związku przyczynowym, jeżeli w tym okresie chory uczuwał bóle, osłabienie lub sztywność dotkniętej kończyny i jeżeli drżenie najpierw w tej kończynie się ukazało; są to warunki, którym przypadek przedstawiony w zupełności zadośćczyni.

Krafft-Ebing także podnosi znaczenie przyczynowe urazu w drżączce, a w wykładzie swoim w Towarzystwie psychyatrów i neurologów potwierdził zdanie Gowersa, wyliczając kilka przypadków, w których drżenie objęło najprzód zranioną kończynę.

Co do czasu, w którym występuje choroba Parkinsona po urazie, znajdujemy w literaturze tylko nie wiele pewnych danych, a te są zupełnie różne. Na 26 przypadków, zebranych przez Walza, w 8 drżenie wystąpiło tego samego dnia, w 7 „wkrótce“ lub w kilka dni, w 7 po upływie 4 do 8 miesięcy, a w 4 po upływie do 4 lat. W przypadku Dra Halbana objawy drżączki wystąpiły dopiero w 7 lat po urazie.

W dyskusyi zabrał głos docent Frankl-Hochwart, przypominając znane przypadki drżenia histerycznego, które zupełnie naśladowało chorobę Parkinsona i zwrócił uwagę na to, że może niektóre przypadki drżączki pochodzenia urazowego były właśnie takiemi źle rozpoznanemi drżączkami histerycznemi. Najważniejszym objawem różniczkowym jest, według Frankla, stan czucia i dlatego żądał, pod tym względem, wyjaśnień od prelegenta.

Dr. Halban zapewnił, że zboczeń czucia u chorego nie znalazł, a w przypadkach, zebranych przez Walza, rozpoznanie, zdaje się, było zupełnie pewnem.

Prof. Krafft-Ebing podniósł słuszność uwag docenta Frankla i prosił o pozwolenie przywołania z swojej kliniki histeryczki z drżeniem w całem ciele, podobnem do choroby Parkinsona. Porównując oba przypadki Krafft-Ebing mówił o objawach ważnych dla rozpoznania różniczkowego; w danym jednak przypadku zgodził się w zupełności na rozpoznanie Dra Halbana.

2) Dr. Karplus przedstawił przypadek połowiczego bólu głowy z okresowem porażeniem mięśni ocznych (migraine ophtalmoplegique).

Ojciec chorej miewa dość częste napady połowiczego bólu głowy, rozpoczynające się od mroczków migotnych (migraine ophtalmique). Chora, dziewczynka 11-letnia, miewa od 3 lat napady lewostronnego bólu głowy, połączonego z nudnościami i wymiotami, które trwają od pół do 4 dni. Od początku choroby, równocześnie z napadem lub podczas jego trwania, występowało opadanie lewej górnej powieki, które czasem o kilka dni dłużej trwało, aniżeli ból głowy. Przerwy pomiędzy napadami były różne, od 1—4 tygodni, a podczas nich chora z początku miała się zupełnie dobrze; od roku stale widzi podwójnie, a rodzina chorej spostrzegła stałe »zmniejszenie oka lewego«.

Przedstawiony przypadek należy do szeregu cierpień, znanych pod nazwą okresowego porażenia nerwu okoruchowego. Dr. Karplus wspomniał o 2 podobnych przypadkach, już ogłoszonych (Richter, Karplus), w których sekcya wykazała guzy na podstawie mózgu, uciskające na pnie nerwu okoruchowego. W tych 2 przypadkach połowiczy ból głowy był tylko cierpieniem objawowem. Wogóle istnieją różne zapatrywania na istotę tego cierpienia. Prelegent przytoczył przypadek z ambulatoryum chorób nerwowych prof. Krafft-Ebinga, w którym, w przerwach pomiędzy napadami połowiczego bólu głowy, spostrzegano, obok niedowładu górnego mięśnia prostego, brak oddziaływania źrenicy tego samego oka przy niezmienionej jej wielkości. W tym przypadku przypuszczano sprawę w jądrze nerwu. Wogóle, trzeba mieć zawsze w tych razach na uwadze, czy mamy do czynienia z rodzimym połowiczym bólem głowy, czy też z objawowym. W przypadkach rodzimego połowiczego bólu głowy lekkie opadnienie powieki nie należy bynajmniej do wyjątków; objaw ten, w tych razach, jest zapewne wywołany przez sprawę korową. Jeżeli jednak, w przypadkach połowiczego bólu głowy, niewątpliwie rodzimego, mamy porażenie nerwu okoruchowego, całkowite lub dotyczące tylko pewnych gałązek, wtedy możemy przypuszczać zaburzenia w krążeniu, w jądrach tego nerwu lub na podstawie mózgu. Zdaniem Dra Karplusa histerya podobnych objawów nie wywołuje; w literaturze przynajmniej nie znalazł przypadku porażenia histerycznego pojedynczych mięśni ocznych; również wątpi w znaczenie kiły, jako czynnika przyczynowego.

Dr. Karplus sądzi, że i w przedstawionym przypadku rozwija się jakaś sprawa chorobowa w okolicy jądra nerwu okoruchowego.

3) Dr. Pilcz wygłosił odczyt o marzeniach sennych, opierając się na spostrzeżeniach osobistych, jak również na spostrzeżeniach poczynionych przez inne osoby.

Dr. Pilcz zaznacza, że ilość marzeń sennych i ich jaskrawość znajdują się w stosunku wprost odwrotnym do głębokości snu; im sen jest twardszy, tem mniej marzymy. Najżywsze przeto marzenia zjawiają się na tle naszej świadomości wtedy, kiedy mózg dostatecznie wypoczął, a więc w chwili poprzedzającej bezpośrednio przebudzenie się. (Sprawozdanie oryginalne).

Dr. Halban.

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Zarys programu ósmego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1 do 3 sierpnia 1898 r.

I. Organizacya Zjazdu.

Zarząd: Dr. Heliodor Święcicki, przewodniczący. Dr. Artur Jaruntowski, sekretarz jeneralny. Dyrektor M. Więckowski, podskarbi.

Komitet gospodarczy: Ks. dziekan Antoniewicz, Radca Dr. Bantkowski, Dr. Broekere, Szambelan Cegielski, Dr. Celichowski, Józef Chłapowski, Dr. J. Chrzanowski, Książę Zdzisław Czartoryski, Antoni Dembiński, Dr. Drobnik, Hr. Engestroem, Radca Dr. Gąsiorowski, Ks. Prałat Goebel, Dr. Leon Grabski, Dr. Lucyan Grabski, Dr. W. Grodzki, Ks. Dr. Hejnowski, B. Jagielski, Adam Janowski, S. Jasiński, Dr. Jarnatowski, Poseł Jerzykiewicz, Dr. St. Jerzykowski, Dr. Kapuściński, Dr. Karchowski, Radca Dr. Koehler, Dr. Kożuszkiewicz, Dr. Krysiewicz, Dyrektor Dr. Kusztelan, Hr. Mieczysław Kwilecki, Dr. Leon Mieczkowski, Dyrektor Motty, Dr. Pomorski, Ks. Piotrowicz, Radca Dr. Rakowski, Dr. Rudzki, Dr. Rzewuski, Dr. Stan, Dr. Tadeusz Szułdrzyński, Dr. Zygmunt Szułdrzyński, St. Twardowski, Dyrektor Walżyk, Ks. szambelan Wawrzyniak, Dr. Zakrzewski, Radca Dr. Zielewicz, Dr. Adam Żółtowski.

Komitet wystawowy: Stefan Barcikowski, F. Biskupski, Czepczyński, Dr. Drobnik, J. Jasiński, B. Kasprowicz, A. W. Kasprowicz, J. Paczkowski, Dr. Jan Panieński, St. Pflitzner, Dr. L. Rekowski, Śniegocki, B. Szulczewski, W. Urbanowski, Inżynier Zakrzewski, Ziętkiewicz.

Komitet redakcyjny: Radca Dr. Fr. Chłapowski,

Dr. Erzepki, Dr. Kantecki, Radca Dr. Koehler, K. Kozłowski, Fr. Krysiak, Dr. Krysiewicz, Dr. Wł. Łebiński, Wal. Łebiński, Syndyk i poseł Dr. Mizerski, Inżynier Skrzydlewski, Dr. Bog. Wicherkiewicz.

Komitet dla mieszkań, uroczystości, zabaw i wycieczek: Stefan Barcikowski, Dr. Broekere, Władysław Chrzanowski, B. Jagielski, Dr. Kapuściński, Jan Leitgeber, Jarosław Leitgeber, St. Twardowski, St. Wegner, Dr. Zakrzewski.

Komitet dla pań: Radczyni Batkowska, Szambelanowa Cegielska, Radczyni Chłapowska, Józefowa Chłapowska, Dr. Chrzanowska, Dr. Erzepkowa, Dr. Grodzka, Dr. Jerzykowska, Dr. Kapuścińska, Dr. Kożuszkiewiczowa, Dr. Pomorska, Mecenasowa Seydowa, Dr. Swięcicka, Dr. Wicherkiewiczowa, Dr. Zakrzewska, Radczyni Zielewiczowa.

II. Dział naukowy.

Pojedyńcze sekcye:

1) Sekcya dla medycyny teoretycznej, — wprowadzający gospodarz: Radca Dr. Batkowski, sekretarze: Dr. Jan Panieński i Dr. Holtzer.

2) Sekcya dla higieny i medycyny sądowej, — gosp. Radca Dr. Gąsiorowski, sekr. Dr. Chachamowicz.

3) Sekcya dla medycyny wewnętrznej, — gosp. Dr. Jerzykowski, sekr. Dr. St. Szuman i Dr. Zakrzewski.

4) Sekcya dla chirurgii, — gosp. Dr. Drobnik, sekr. Dr. Krysiewicz i Dr. Broekere.

5) Sekcya dla ginekologii, — gosp. Dr. Swięcicki, sekr. Dr. Pomorski i Dr. Chrzanowski.

6) Sekcya dla okulistyki, — gosp. Dr. B. Wicherkiewicz, sekr. tegoż asystent.

7) Sekcya dla prasy lekarskiej polskiej, — gosp. Dr. Swięcicki, sekr. Dr. Jaruntowski.

8) Sekcya dla weterynaryi, — gosp. p. Starkowski.

9) Sekcya przyrodniczo-rolnicza, — gosp. Dr. L. Mieczkowski, sekr. Dr. T. Szułdrzyński.

10) Sekcya matematyczno-fizyczna, — gosp. prof. Dr. Wituski.

11) Sekcya chemiczna i farmaceutyczna, — gosp. Dr. Karchowski, sekr. p. Fr. Alkiewicz.

12) Sekcya geologiczna i botaniczna, — gospod. Dr. Marten.

13) Sekcya zoologiczna, — gosp. Dr. Marten.

Odczytów zgłoszono na Zjazd do 20 maja, 160.

III. Ogólny porządek dzienny.

Niedziela, dnia 31 lipca.

Wieczorem o godzinie 9 zebranie towarzyskie w hotelu „Victoria“ przy ulicy Berlińskiej, celem wzajemnego poznania się.

Poniedziałek, dnia 1 sierpnia.

O godzinie $8^1/_2$ rano: Uroczyste nabożeństwo w kościele farnym.

O godzinie 10: Pierwsze ogólne posiedzenie w Teatrze polskim.

1) Otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego Wydziału gospodarczego.

2) Wybór prezesa, wiceprezesa i sekretarzy ogólnych posiedzeń Zjazdu.

3) Powitanie uczestników VIII Zjazdu w imieniu obywatelstwa polskiego miasta Poznania.

4) Przemówienia delegatów i odczytanie telegramów.

5) Wykłady: a) prof. Dra Kostaneckiego z Krakowa: „O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii“. b) Prof. Dra Natansona z Krakowa: „O zasadniczych prawach materyi i energii“. c) Prof. Dra Ign. Baranowskiego z Warszawy: „Gruźlica jako sprawa społeczna“.

6) Pan Jan Szczepanik przedstawi swój dalekowidz (telektroskop).

7) Wnioski co do miejsca i czasu następnego, t. j. IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

8) Sprawozdanie komisyi wykonawczej poprzedniego, to jest VII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

9) Wnioski.

O godzinie 3 po południu posiedzenia sekcyjne.

O godzinie 6 wieczorem uczta w Bazarze, dana przez Wydział gospodarczy dla członków i uczestników Zjazdu. Wieczorem koncert w ogrodzie zoologicznym.

Wtorek, dnia 2 sierpnia.

O godzinie ósmej rano: Zwiedzanie miasta, szpitali i wystawy.

O godzinie 9 rano i o 4 po południu posiedzenia sekcyjne.

Wieczorem o godzinie 9 bal w Bazarze, dany na cześć VIII Zjazdu przez obywateli polskich Księstwa.

Środa, dnia 3 sierpnia.

O godzinie 8 rano zwiedzanie miasta i wystawy.

O godzinie 9 posiedzenia sekcyjne.

O godzinie 4: Drugie ogólne posiedzenie w Teatrze polskim.

1) Ostateczny wybór miejsca i czasu na IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

2) Wykład Dra Biegańskiego z Częstochowy: „Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia“.

3) Wykład Dra E. Flataua z Berlina: „O najnowszych poglądach na budowę układu nerwowego“ z demonstracyami.

4) Referat w sprawie sanatoryj ludowych dla suchotników.

5) Wnioski poszczególnych sekcyj i uchwały.

6) Zamknięcie Zjazdu przez przewodniczącego wydziału gospodarczego.

7) Pożegnanie.

O godzinie 9 wieczorem uczta pożegnalna w Bazarze.

Czwartek, dnia 4 sierpnia.

Wspólna wycieczka do Gniezna, Inowrocławia i Kruświcy.

IV. Wystawa.

Wystawa podzieloną będzie na następujące działy:

I. Literatura przyrodnicza i lekarska z ostatnich lat dziesięciu.

II. Higiena 1) Ogrzewanie, 2) Oświetlenie, 3) Wentylacya, 4) Wodociągi i kanalizacya, 5) Łazienki, 6) Dezynfekcya, 7) Gimnastyka lecznicza itd. 8) Odzienie.

Nauka lekarska: 1) Anatomia, 2) Fizyologia, 3) Psychofizyologia, 4) Patologia: a) ogólna, szczegółowa) 5) środki farmaceutyczne, 6) Seroterapia i serodyagnostyka, organoterapia, 7) Narzędzia chirurgiczne (ginekologia, okulistyka, laryngologia, dentystyka i t. d. 8) Elektroterapia i elektrodyagnoza (Roentgen).

IV Środki spożywcze i odżywcze: 1) Przetwory mięsne, 2) Przetwory mleczne, 3) Przetwory mączne, 4) Konserwy, 5) Napoje alkoholiczne, 6) Napoje bez alkoholu.

V. Balneologia: 1) Wody mineralne, 2) Sole, ługi, borowiny i zioła kąpielowe.

VI. Bakteryologia: 1) Lekarska, 2) Rolniczo przemysłowa.

VII. Nauki przyrodnicze: 1) Botanika, 2) Zoologia i paleontologia, 3) Mineralogia i geologia, 4) Fizyka 5) Chemia.

VIII. Antropologia i etnografia.

Zgłoszenia osobiste lub piśmienne przyjmuje p. Dr. Jan Panieński, Poznań, ulica Lipowa, inżynier Zakrzewski, ulica Rycerska i p. A. W. Kasprowicz, Fryderykowska 5.

Wystawa odbędzie się w dniach 1, 2 i 3 sierpnia r. b. w Poznaniu na sali Lamberta (Odeum).

V. Bliższe szczegóły.

Komisarzami VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu mianował Komitet gospodarczy na Warszawę: Dra Karola Rychlińskiego (Krucza 35), na Kraków: prof. B. Wicherkiewicza, na Lwów: c. k. radcę prof. Dra Rydygiera, na Wilno: Dra J. Strzemińskiego (Trocka), na Paryż: Dra Motza (Paris 45, Bd. St. Michel).

Karty uczestnictwa odbierać mogą uczestnicy Zjazdu już teraz, nadsyłając na ręce podskarbiego Wydziału gospodarczego, p. Dyrektora Więckowskiego, (Poznań, Bank przemysłowców), 20 marek; bilety dla pań, kosztują 5 marek. Karta uczestnictwa uprawnia do brania udziału w obradach Zjazdu i do bezpłatnego otrzymania: a) jednego egzemplarza Pamiętnika Zjazdu, b) Dziennika Zjazdu, c) biletu wstępu na wystawę i biletu na koncert, d) udziału w bankiecie, e) odznaki uczestnictwa w Zjeździe. Panie otrzymają także odznakę uczestnictwa i biorą udział w posiedzeniach publicznych, wycieczkach, bankiecie, koncercie, wystawie i zwiedzaniu miasta. Komitet, składający się z pań, postara się uprzyjemnić uczestniczkom Zjazdu pobyt w Poznaniu.

Członkowie VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich otrzymają bezpłatnie w biurze Wydziału gospodarczego kokardy niebieskie z laską Eskulapa. Członkowie Wydziału gospodarczego mieć będą rozetki niebieskie. Młodzież i obywatele, dający pomoc Wydziałowi gospodarczemu na dworcu, zabawach itd., mieć będą odznakę białą.

W sprawie mieszkań radzimy już teraz zgłaszać się do p. dra Kapuścińskiego (ul. Wilhelmowska 11), dodając zarazem, czy mieszkanie ma być bezpłatne lub w hotelu, i jakie życzenia w danym razie co do mieszkania mają szan. uczestnicy.

Na dworcu centralnym oczekiwać będą gości członkowie komitetu i to od niedzieli 31 lipca, począwszy od godziny 11 przed południem.

Biuro Zjazdu znajdować się będzie przy ulicy Berlińskiej, w Resursie (Teatr polski). Ogólne posiedzenia odbywać się będą w Teatrze polskim, przy ulicy Berlińskiej. Lokale dla pojedyńczych sekcyi później ogłosimy.

Wystawa przyrodniczo-lekarska urządzona będzie na sali Lamberta, ulica Piekary. Otwarcie wystawy nastąpi w poniedziałek 1 sierpnia, o godzinie 1 w południe.

„Dziennik Zjazdu“ wychodzić będzie w czasie Zjazdu codziennie o godzinie 7 rano. Uczestnicy otrzymają odnośne numera Dziennika za pokwitowaniem na karcie uczestnictwa w biurze Zjazdu w Resursie. „Dziennik Zjazdu“ zawierać będzie program odnośnego dnia, wykaz wygłoszonych w dniu poprzednim odczytów, różne wiadomości informacyjne, tyczące się Zjazdu i spis uczestników. Aby spis taki był dokładny, upraszamy przy nadesłaniu składki na kartę uczestnictwa o podanie dokładnego i czytelnego adresu, rangi i miejsca zamieszkania.

Bankiet, w czasie Zjazdu, oraz bal, dany przez obywatelstwo wielkopolskie, odbędzie się w Bazarze przy ulicy Wilhelmowskiej, koncert zaś w Ogrodzie zoologicznym za bramą Berlińską, dokąd elektryczne tramwaje dochodzą z miasta co 5 minut.

Uczestnicy, pragnący wziąść udział we czwartek dnia 4 sierpnia w wspólnej wycieczce do Gniezna, Inowrocławia i Kruświcy raczą już w czasie Zjazdu zgłosić się do wydziału zajmującego się wycieczką. Ponieważ wycieczka odbędzie się nadzwyczajnym pociągiem i ponieważ wydział gospodarczy jest poprzednio zobowiązany donieść dyrekcyi kolei żelaznej, jaka ilość uczestników weźmie udział w wycieczce, przeto rychłe zgłoszenie się pragnących wziąść udział w wycieczce jest konieczne.

Zwiedzanie miasta odbywać się będzie w kilku partyach i to pod przewodnictwem członków komitetu, którzy postarają się na każdą osobliwość miasta dokładną zwrócić uwagę szan. gości.

W lipcu wyda komitet gospodarczy obszerny i uzupełniony program Zjazdu. Aż do tego czasu komitet gospodarczy chętnie przyjmie wszelkie życzenia i propozycye, dotyczące się Zjazdu i starać się będzie, aby życzeniom szanownych uczestników zadość uczynić i pobyt im w Poznaniu uprzyjemnić. W sprawach Zjazdu, oraz z odczytami, zgłaszać się należy do prezesa Zjazdu p. dra H. Święcickiego (pałac Działyńskich), lub do sekretarza jeneralnego p. dra Jaruntowskiego (ul. Wilhelmowska 16).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 2 Czerwca.

* Prezes Towarzystwa lekar. krakowskiego otrzymał następujące pismo:

»W poniedziałek, dnia 6 czerwca, o godzinie 7-mej wieczorem, odbędzie się w lokalu Towarzystwa technicznego (Rynek główny, L. 17, II piętro) wykład o projekcie wodociągów krakowskich, ilustrowany przedstawieniem odnośnych planów, na który mamy zaszczyt najuprzejmiej zaprosić niniejszem Szanownych członków Towarz. lekar. krakowskiego.

Ciesząc się nadzieją, że zaproszenie nasze łaskawie przyjętem będzie, łączymy wyrazy wysokiego poważania«.

Sekretarz: *Śmiałowski.* Prezes: *R. Ingarden.*

* Od prof. Bujwida otrzymujemy list następujący:

Na dosyć liczne zapytania, które otrzymuję w ostatnich czasach, co do skuteczności przyrządu desinfekcyjnego Scheringa, muszę tutaj w krótkości podać tymczasowe wyjaśnienie, które uzupełnię wkrótce, gdy próby w Zakładzie moim rozpoczęte, ukończone zostaną.

Obecnie zaznaczyć muszę, że przyrząd ten, polegający na odparowaniu pastylek spolimeryzowanej (suchej) formaliny, o ile dotąd sprawdzić zdołałem, nie odpowiada oczekiwaniom. Nawet dosyć silna koncentracya pary, w ten sposób otrzymanej, nie daje wyników zadawalniających. Bakterye błonicze, gruźlicze, a nawet ropne, mianowicie wilgotne i w grubszej warstwie ułożone, pozostają przy życiu. A zatem desinfekcya nie ma miejsca.

Do obecnej chwili nie możemy jeszcze liczyć na przyrząd Scheringa. Prof. *O. Bujwid.*

Lekarze Polacy, praktykujący w zdrojowiskach i uzdrowiskach krajowych i zagranicznych: Abbazia: Dr. Ebers (w zimie). Baden pod Wiedniem: Dr. Kümmerling. Biaritz: Dr. Bohdanowicz. Birsztany: Dr. Zahorski. Bojarka: Dr. Sadowski. Busko: Dr. Majkowski, Dr. Dymnicki, Dr. Grabowski, Dr. Radziszewski, Dr. Sulimirski. Bystra: Dr. Jekeles. Ciechocinek: Dr. Arnstein, Dr. Osterblum, Dr. Certowicz, Dr. Ciągliński, Dr. Górski, Dr. Ruppert. Cieplice czeskie: Dr. Hanakowski. Cieplice Trenczyńskie: Dr. Filipkiewicz, Dr. Radecki. Czarniecka Góra: Dr. Misiewicz, Dr. Wojciechowski. Druskieniki: Dr. Bujakowski. Elster: Dr. Błociszewski. Eichwald. Dr. Kuryś. Eggenberg: Dr. Ortyński. Francensbad: Dr. Karol Dębicki, Dr. Jan Rosner, Dr. Kittel. Gleichenberg: Dr. Bulikowski. Grodzisko: Dr. Tokarski. Inowrocław: Dr. Krzymiński, Dr. Przybyszewski, Dr. Rakowski. Iwonicz. Dr. Klemens Dębicki, Dr. Rościszewski. Jastrzębie (Königsdorf-Jastrzomb): Dr. Witczak. Jaworze-Ernsdorf: Dr. Medwey, Dr. Czop. Karlsbad: Dr. Hassewicz, Dr. Hochberger, Dr. Kaufmann (syn), Dr. Kretowicz, Dr. Stiche, Dr. Töpfer, Dr. Tugendhat. Kiselka: Dr. Kowalski. Kissingen: Dr. Chłapowski. Kołobrzeg: Dr. Weissenberg. Kraljewica: Dr. Grodecki. Krasnobród: Dr. Skłodowski. Krynica: Dr. Aronsohn, Dr. Askenazy, Dr. Blatteis, Dr. Cercha, Dr. Ebers, Dr. Garbusiński, Dr. Glücksmann, Dr. Gębarzewski, Dr. Kmietowicz, Dr. Kopff, Dr. Lorentski, Dr. Roth, Dr. Skórczewski, Dr. Tyszecki, Dr. Wąsowicz. Krzeszowice: Dr. Dura. Landeck: Dr. Ostrowicz, Dr. Pomorski. Lubień: Dr. Wernicki (syn). Maryenbad: Dr. Harajewicz, Dr. Kaufmann, Dr. Prager. Meran: Dr. Binder, Dr. Brühl (zimą. Morszyn: Dr. Zopoth. Nałęczów: Dr. Chmielewski, Dr. Sacewicz, Dr. Chełchowski, Dr. Puławski. Nauheim: Dr. Jankowski. Nizza: Dr. Tymowski. Norderney: Dr. Panieński. Nowe-Miasto: Dr. Biliński, Dr. Skowroński. Odesa (Limany): Dr. Jachimowicz. Ojców: Dr. Niedzielski. Pohulanka (koło Dynaburga): Dr. Aronet i Dr. Noiszewski (okulista). Rabka: Dr. Głuchowski, Dr.

Kaden, Dr. Lang. Reichenhall: Dr. Z. Goldschmidt. Reinerz: Dr. Stan. Rymanów: Dr. Dukiet, Dr. Jodłowski, Dr. Regiec, Dr. Śliwiński. San Remo: Dr. Ostrowicz (zimą). Sassów: Dr. Mazanek. Sławuta: Dr. Dobrzycki, Dr. Dzierzbicki, Dr. Przesmycki. Solec: Dr. Daniewski, Dr. Kosicki. Swoszowice: Dr. Zeitner. Szczawnica: Dr. Górski, Dr. Hammerschlag, Dr. Kołączkowski, docent Dr. L. Korczyński, Dr. Kruszyński, Dr. Ściborowski. Truskawiec: Dr. Krzyżanowski E., Dr. Pelczar, Dr. Plech, Dr. Steinhaus. Vichy: Dr. Biernawski. Wysowa: Dr. Jarosz. Zakopane: Dr. Buzdygan, Dr. Chramiec, Dr. Chwistek, Dr. Gaik, Dr. Hawranek, Dr. Janiszewski, Dr. Tyszkiewicz. Żegiestów: Dr. Brühl.

* Na 105 autorów, którzy do tej pory zapowiedzieli odczyty na Zjazd poznański, przypada: na Warszawę 57, na Kraków 12, na Pragę 7, na Poznań 6, na Lwów 4. Poza temi miejscowościami zgłosiło się prelegentów: z pod zaboru rosyjskiego 8, z pod zaboru pruskiego 3, z zagranicy 7, z Galicyi 1 i z niepodanego miejsca pobytu 3.

(R.) Ministeryum spraw wewnętrznych wystawiło na odbywającej się obecnie Wystawie jubileuszowej kartogramy, które posiadają dla spraw naszego zdrowia publicznego doniosłe i ostrzegające znaczenie: śmiertelność z ospy wynosiła w r. 1896 w całej Austryi, bez Galicyi i Bukowiny, 64 osób, a z tych 32 — w Krainie; w Galicyi zaś i Bukowinie w tymże roku 1896 umarło z ospy osób 796.

Dwa kartogramy uwidoczniają śmiertelność z błonicy: gdy jeszcze w r. 1878 umarło na błonicę w Austryi całej 56,973 osób, liczba ta po latach 18, t. j. w r. 1896, wynosiła tylko 27,059 rocznie, a wynik ten jeszcze byłby lepszy, gdyby nie Galicya, w której śmiertelność z błonicy utrzymuje się na dawnej stopie.

Nie ulega wątpliwości, że społeczeństwo galicyjskie sobie musi przypisać winę tej tak wysokiej śmiertelności z ospy i błonicy. Jeśli jednak szczepienia ochronne przeciw ospie z każdym rokiem obejmują szersze obszary i można mieć nadzieję, że pod tym względem w przyszłości statystyka będzie pomyślniejszą, to pozostanie w Galicyi na dawnej wysokości odsetka śmiertelności z błonicy spada całym ciężarem na nas, gdyż dowodzi, że surowica przeciwbłonicza niema należytego u nas zastósowania. Już tyle razy nawoływał prof. Bujwid, że ustępuje surowicę po cenie najniższej w Europie, a w miarę możności i darmo udzielać będzie; w razie zaś zmętnienia wymienia na świeżą, byle znajdowała się pod ręką lekarza, bo przecież na szybkiem przystąpieniu do wstrzykiwań polega skuteczność tej metody, a jednak, o ile nam wiadomo, prócz Rady pow. bocheńskiej, żaden inny powiat, żadna gmina nie uchwaliły najmniejszego ryczałtu na zakupno i posiadanie surowicy przeciwbłoniczej. Kraj byłby wdzięczny Wydziałowi krajowemu, gdyby ta najwyższa magistratura zechciała zawezwać podwładne sobie władze powiatowe i gminne do stałych w tym względzie zarządzeń. Wszak te kartogramy wystawowe, to poprostu wystawa naszej niezaradności i upokorzenia.

* Rządowy egzamin fizykacki złożyli następujący doktorowie medycyny: Stanisław Janikiewicz, Piotr Jarocki, Stanisław Kaczyński, Wawrzyniec Kurzyniec, Leon Peterseim i Roman Serkowski.

* Stopień doktorów medycyny w Uniw. Jagiell. otrzymali. Stanisław Kubisztal, Józef Małaniuk i Jakób Scharf.

* Po $1^1/_2$-rocznem przebywaniu w Afryce, powrócił Dr. R. Koch do Berlina, owacyjnie witany na dworcu poczdamskim.

* W niemieckiej wyprawie do bieguna północnego, która wyruszyła 26 maja, bierze udział asystent Instytutu fizyologicznego w Berlinie, Dr. Brühl. Zadaniem jego będą badania histologiczno-anatomiczne, bakteryologiczne i hemologiczne pod różnemi szerokościami geograficznemi.

(B.) W Towarzystwie Lekarskiem w Hamburgu odbyła się w końcu zeszłego roku obszerna rozprawa nad znajdowaniem bakteryj durowych w mleku. Wilckens znalazł, że od 1 sierpnia do 7 września zachorowało w Hamburgu 162 osoby, z których u 82 można było wyraźnie stwierdzić zależność wystąpienia zakażenia od spożycia mleka. Stosuje się to głównie do kobiet i dzieci, które używały surowego mleka, pochodzącego przeważnie z jednej miejscowości. Podniesiono przy rozprawie wielkie znaczenie gotowania mleka przed jego użyciem. Należałoby zwrócić uwagę na studnie i ich urzadzenie w podworcach, gdzie znajdują się obory (»D. Med. Woch.«, 21).

(B.) Dr. Lidya Rabinowicz, uczennica prof. Kocha w Berlinie, została mianowana prof. Bakteryologii w Uniwersytecie kobiecym w Filadelfii. (»D. Med. Woch.«, Nr. 21).

(B.) Wydawanie lodu dla chorych w Dreźnie odbywa się w ten sposób, że chłodnia miejska targowa urządziła dzienną i nocną sprzedaż lodu przez osobnego służącego. Lód ten, przygotowany z wody wodociągowej, jest zupełnie czysty i do użytku wewnętrznego przydatny. (»D. Med. W.«. Nr. 21).

Mianowani: Asystenci w berlińskim Instytucie chorób zakaźnych: Kossel i Wassermann otrzymali tytuł profesorski. Docenci w Bonn: Peters, Schmidt i Jores otrzymali tytuł profesorski. Długoletni asystent Prof. Olshausena Doc. Gebhardt zastępować będzie w bieżącem półroczu profesora kliniki położniczej w Gryfii. Wiedeńscy docenci: Heitler, v. Limbeck, Felsenreich, v. Zeissel, Frühwald i Frankl v. Hochwart otrzymali tytuł profesorów nadzwyczajnych.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Witold Jaroszyński, wychowaniec kijowskiego uniwersytetu, wychodźca, lekarz okręgowy w Szczurowicach, zmarł nagle w Brodach, licząc lat 60. Dr. Halberstma, profesor ginekologii i położnictwa, zmarł w Utrechcie. Dr. José Lopez Alonso, prof. kliniki chorób wewnętrznych w Salamance. Dr. Marschall, b. profesor sądowej medycyny w Brystolu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Nr. 9: Dra Jaworskiego J.: Przypadek niedorozwoju przewodu rodnego. W *Medycynie* Nr. 21: Dra Kopczyńskiego St.: Przyczynek do stósowania promieni Röntgena przy rozpoznawaniu chorób wewnętrznych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 21: Dra Sędziaka J.: Przyczynek do ważności badania krtani, oraz zastósowania promieni Röntgena przy tętniakach. Dra Arnsteina F.: Przypadek tyfusu brzusznego o niezwykłym przebiegu, zakończony śmiercią w końcu 6-go tygodnia choroby, skutkiem posocznicy, z niezwykłemi umiejscowieniami sprawy septycznej. Dra Ciąglińskiego A.: O dezynfekcyi i profilaktyce w praktyce lekarskiej (dok.). W *Medycynie* Nr. 22: Downarowiczowej E.: Przypadek choroby Erba. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu*. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 22: Nenckiego, N. Sieberowej i E. Szumow-Simanowskiej Odtruwanie toksyn za pomocą soków trawiennych. Finkielkrauta B.: Przyczynek do kazuistyki ciąży zewnątrzmacicznej na podstawie jedenastu przypadków. Dra Sędziaka J.: Przyczynek do ważności badania krtani, oraz zastosowania promieni Röntgena przy tętniakach aorty. W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 5: Idzikowskiego: Chloroform w dentystyce. Zielińskiego Wł.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów (c. d.). Krakowskiego: Przypadek wznówki ropotoku zębodołowego. Lindy: Jeszcze kilka słów o »złocie solila«.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Dr. Wicherkiewicz: Xeroform in der Augentherapie (odbitka z Nr. 32 »Wochenschr. für Therapie und Hygiene des Auges«).

— Dr. Opiński J.: O stósowaniu w płonicy surowicy przeciwpaciorkowcowej wyrobu prof. Bujwida. Warszawa, 1898.

— Přednášky členů českého poselstva na XII mezinárodnmi sjezdu lékřském w Moskvě. Praga, 1898.

— Pamiati Iwana Minkiewicza, dra mediciny Tyflis, 1898. (Wspomnienie pośmiertne).

Dr. Skałkowski Br.: O krwotokach w położnictwie. Lwów, 1898 rok.

— Dr. Jeż W.: Ueber die antitoxische und therapeutische Wirkung des menschlichen Blutes nach überstandenem Abdominaltyphus. Wiedeń, 1898.

— Doc. Dr. Drozda J.: Grundzüge einer rationellen Phthiseotherapie (Heilung der Tuberculose). Wiedeń, 1898.

— Dr. Ciechanowski St. i Doc. Dr. Nowak J.: Przyczynek do badań nad etyologią dysenteryi. Warszawa, 1897.

— Doc. Nowak J.: Ein neues, von der Firma C. Reichert construirtes Mikrotom. 1897, (odbitka).

— Tenże: Experimentelle Untersuchungen über die Aetiologie der Amyloidosis. Berlin. 1898, (odbitka).

Do numeru niniejszego dołącza się dodatek:
List otwarty Dra Lorentskiego z Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 11. Czerwca 1898. Nr. 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka słów o badaniu i leczeniu zeza towarzyszącego

podał

Dr. Karol Brudzewski.

Zez towarzyszący, cierpienie tak częste, bo wynoszące podług ostatniej statystyki Weckera, opartej na liczbie 67,620 chorych, cztery i pół procent (3002) wszystkich cierpień ocznych, stanowi ciągle temat sporny wszystkich zjazdów i rozpraw specyalnych, a to równie w kierunku etyologii, jak i terapii. Różnorodność zapatrywań, badania, wskazań leczniczych i operacyjnych nagromadziły od czasów Graefego i Dondersa stosy rozpraw, stanowiących istny chaos, wśród którego zaiste trudno wybrać najlepszą drogę, — tem trudniej. że cała nauka i wszystkie nasze wiadomości o zezie towarzyszącym stoją w bardzo ścisłym związku z fizyologią widzenia obuocznego, o którem nasze wiadomości pozostawiają dużo jeszcze do życzenia.

Zez powstaje w takim razie, gdy linie widzenia obu oczu nie przecinają się w przedmiocie spostrzeganym, ale w jakimś innym punkcie przestrzeni, czy to przed przedmiotem (zez zbieżny), czy to w przedłużeniu tylko poza gałkami (zez rozbieżny). Kąt, który owe linie ze sobą tworzą, nazywa się kątem zezu, a wielkość jego wynosić może od kilku do kilkudziesięciu, np. 60° i 70°, stopni perymetra, w poszczególnym przypadku.

Kąt ten nie jest w danym przypadku zawsze ilością stałą, ale może się wahać bardzo znacznie, jak np. w zezie okresowym, gdzie chwilami ginie zupełnie, w tz. zezie jednostronnym, gdzie przy wysiłku akomodacyjnym może znacznie się zwiększyć, a przy zwolnieniu akomodacyi do pewnego stopnia ustąpić. Nie zmienia się jednakże tak ciągle w zezach stałych, aby go oznaczyć nie można. Pierwotne oznaczanie zeza linijne, jak to robił Graefe, nie jest dokładne ani racyonalne; gdyż gałka, wykonując ruchy obrotowe, obraca się o jakiś kąt, opisując szczytem rogówki łuk, to też słusznie, aby zboczenia w ruchach oznaczano kątem lub łukiem, a nie wymiarem liniowym, analogicznie do tego, jak się oznacza siłę łamiącą oka soczewką, t. j. także siłą łamiącą, a nie milimetrami. To też nie wielu okulistów naśladuje sposób Graefego, jak np. Schweigger i inni; ale przeważna ich liczba przyjęła sposób Hornera, t. j. oznaczanie kata zezu na łuku perymetru Foerstera, w stopniach. Badanego sadza się w środku perymetru tak, jak przy badaniu pola widzenia. Naprzeciw znaczka, na który badany patrzy, ustawia się w tejże samej wysokości świeczkę w odległości 6 metrów, na którą badany okiem niezezującem ma spoglądać, oko zezujące ustawi się wtedy w tej pozycyi, w jakiej ustawiać się zwykło, gdy pacyent bez akomodacyi patrzy w dal. Przesuwając teraz na łuku perymetru drugą świeczkę, naprzeciw oka zezującego, łatwo znaleźć ten punkt, w którym obrazek świeczki poruszanej odbije się w środku rogówki. Stopień, przy którym świeczka się na łuku perymetru znajdzie, jest właśnie stopniem kąta zezu. Oznaczanie to, choć nie jest bezwzględnie matematycznie ścisłe, jest przecież o wiele dokładniejsze, niż oznaczanie w milimetrach. U pacyentów spokojnych bardzo łatwo da się przeprowadzić; — u dzieci o wiele trudniej. Tutaj nieraz tylko w przybliżeniu kąt zeza da się oznaczyć i sposób Hirschberga jest bardzo w tym celu przydatny. Jeżeli obrazek trzymanej w odległości 35 ctm. świeczki, na którą badany patrzy, odbije się w środku rogówki, wtedy ustawienie gałek jest dobre. Jeśli obrazek znajduje się między środkiem rogówki a brzegiem źrenicy (mniej więcej 4 mm. szerokiej), kąt zeza wynosi do 10°; jeśli na brzegu źrenicy, to 10°—15°, między brzegiem źrenicy a rąbkiem (limbus), to 25°; na rąbku to 45°—50°; jeśli jeszcze dalej, to 60° i więcej. Liczby te, otrzymane doświadczeniami, są mniej więcej dobre, lecz że świeczka nie jest w odległości dalszej, przeto kąt przy tem badaniu nie da wartości prawdziwych. Wecker podał nieco zmodyfikowany perymetr ręczny, ochrzczony mianem strabometru, bardzo wygodny do użytku klinicznego; jako przedmiot do wpatrywania się służy lusterko, w którym odbijają się przedmioty, będące w odległości bardzo znacznej. Oznaczenie tym przyrządem nie jest wcale dokładniejsze, niż perymetrem zwykłym, a jedyna jego zaleta, że jest mały i lekki. Idealnie można oznaczyć zez tylko obrazkami zdwojonymi, bez lub z pomocą pryzmatów; jednakże różnice między tem oznaczaniem a sposobem Hornera są nieznaczne. Oznaczywszy na perymetrze kąt zezu, oznaczyliśmy zarazem i kąt α (alfa), t. j. kąt, który tworzy oś rogówki z linią widzenia. Ponieważ nam jednak nie tyle chodzi o oś rogówki, jak o oś widzenia, przeto należy uwzględnić odpowiednią poprawkę.

Jeżeli oś widzenia biegnie na wewnątrz osi rogówki, to kąt ten oznacza się znakiem +; gdy na zewnątrz, to kąt α jest —. Jeśli ten kat jest mały, wynoszący n. p. 2—3°, to nic nam przy badaniu ustawienia oczu nie podpada; jednakże, gdy wynosi 5° lub 7 i 8°, to zależnie od jego położenia możemy mieć złudzenie zezu rozbieżnego gdy jest + α, zbieżnego, gdy jest — α, mimo że linie widzenia zupełnie dobrze są położone. W hipermetropii, z nią bowiem najczęściej przy zezie zbieżnym się spotykamy, kąt α jest albo zwykle mały, albo jeśli jest większy, to jest najczęściej dodatni. To też trzymając się tych dawniejszych zapatrywań, mogłoby się łatwo zdarzyć, że łudzaca rozbieżność (diwergencya) po operacyi zezu, mogłaby spowodować

operatora do ograniczania efektu operacyjnego, podczas gdy gałki zupełnie dobrze stoją; albo zwiększenia efektu, gdyby ujemne położenie kąta α pozorowało jeszcze zez zbieżny. To też przedtem należy kąt ten oznaczyć, zwłaszcza, że podług ostatnich badań, w zezie zbieżnym, niezależnie od refrakcyi, kąt ten może być tak + jak i — i nie stoi w żadnym stosunku do rodzaju i wielkości stopnia zezu. Do oznaczenia tego kąta posługiwać się można również perymetrem, przyczem jednak drugie oko winno być zakryte. Ustawiwszy oko badane w środku łuku perymetru, z poleceniem patrzenia w znaczek środkowy, poruszamy na łuku perymetru świeczkę tak długo, aż obrazek jej płomienia ustawi się w samym środku rogówki; odpowiedni stopień perymetru, przy którym świeczka stoi, znaczy kąt α w stopniach. Należy ten zachód kilkakrotnie powtórzyć, aby się o ile możności, od omyłek uchronić. Dokładniejszy, a równie prosty, jest sposób Charpentiera: zamiast znaczka naośnie widzianego (fiksacyjnego), umieszcza się w środku łuku perymetru płonącą świeczkę, w którą oko badane wpatruje się. Badający zaś, wizując poza łukiem perymetru, stara się uchwycić punkt, w którym obrazek spostrzegany płomienia odbije się na środku rogówki; kąt znaleziony na łuku perymetru wynosi 2 α. Sposób ten, jest o tyle lepszy, że przypuszczalna omyłka wynosi tylko połowę. Również dobrze posługiwać się można oftalmometrem Javala, lub fakometrem Tscherninga, jeśli badający ma wprawę w używaniu tych przyrządów. Inne sposoby są zbyt zawikłane i zbyt wiele czasu wymagające (Uhthof, Bielschovsky), aby miały zastósowanie kliniczne. Jeśli oko utraciło zdolność nastawiania się na przedmiot, w takim razie, nie jest to oznaczenie możliwe. Możnaby wtedy ten kąt na oku drugiem oznaczyć i uskutecznić potem odpowiednią poprawkę. Znaleziony kąt α należy w zezie zbieżnym, jeśli jest dodatni, dodać, gdy jest ujemny — odciągnąć. Odwrotnie zaś postąpić w zezie rozbieżnym, aby otrzymać rzeczywisty stopień zeza. Wprowadzony przez Landolta kąt κ (kappa), który tworzy linia widzenia z osią źrenicy, jest łatwiejszy do oznaczenia, niż kąt α; podany został przez Landolta dlatego, że środek źrenicy łatwiej jest oznaczyć, niż środek rogówki; ponieważ jednakże jego stosunek do kąta α jest zupełnie nieznany i niezbadany, przeto też w ogólnej literaturze, prócz kilku autorów (Wecker, Prouff), wzmianki o nim nie znajduję. Jeden z następnych punktów, które w badaniu zeza dokładnie uwzględnić należy, jest ruchomość gałek ocznych, zatem pole patrzenia (Blickfeld), które w zezie zwykło ulegać bardzo znacznym zmianom. Badania w tym kierunku wykonane, przez nader licznych autorów wykazują, że gałka u człowieka z oczami miarowemi (emmetropia) jest w stanie, przy zupełnie prawidłowych mięśniach, zwrócić się ku nosowi do 50—55°, ku skroni 48°—50°. Volkmann, Hering, Donders, Landolt znaleźli inne liczby, bądź to wyższe, bądź niższe; jednakże za najniższą, a jeszcze prawidłową, ilość uważać należy 47° tak ku skroni, jak i ku nosowi. U krótkowidzów (Myopów) pole ruchów jest mniejsze, u ludzi z oczami nadmiarowemi (hipermetropów) — wyższe nieco, spowodowane utrudnieniem lub ułatwieniem ruchomości gałki zależnie od budowy oka. Jednakże ruchy te zupełnie za prawidłowe uważać należy, póki poniżej 47° nie opadły. Pole widzenia ku górze i ku dołowi mniej nas obchodzi i dlatego też pomijamy tu te 2 kierunki. Jedno jeszcze należy nadmienić, że u ludzi z oczami nadmiarowemi (hiperopów) ruchomość ku nosowi bywa, w stosunku do ruchomości ku skroni, nieco większa. Aby mieć dokładne pojęcie o ruchach oka, należy je zbadać perymetrem przedmiotowo. Podmiotowe badanie, jak się przekonano, często się z powodu niedowidzenia (amblyopii) uskutecznić nie daje, a granice znalezione podmiotowem badaniem są znacznie mniejsze, niż wykryte przy badaniu przedmiotowem. Ustaliwszy głowę badanego zapomocą płytki drewnianej, którą badany chwyta zębami, przesuwa się po łuku perymetru, mały znaczek, na którym umieszczone są próby druku, właśnie w tej odległości (promienia perymetru) jeszcze widzialne, — ku skroni oraz ku nosowi, póki je badany przeczytać może. Granica dokładnego widzenia jest granicą ruchomości, a stopień perymetru, przy którym badany znaczka już odcyfrować nie może, podaje stopień ruchomości oka.

Jak już wspomniano, granice, znalezione tym sposobem, są nieco mniejsze, niż badaniem przedmiotowem. — Wytłómaczenie tego mogłoby leżeć w tem, że oko trudniej rozpoznaje przedmioty, szczególniej drobne druki, jeśli się znajduje w niewygodnem i niezwykłem położeniu, jakiem jest krańcowe ustawienie. Tłómaczenie to A. Graefe wyzyskał do wyjaśnienia poprawy bystrości wzroku w niedowidzeniu (amblypii) po operacyi. Badając przedmiotowo, usadzamy tak samo badanego i, podczas gdy na nasze wezwanie zwraca on gałkę silnie ku skroni, staramy się świeczką, poruszoną na łuku perymetru, wywołać jej obrazek na środku rogówki. Stopień, odpowiadający ustawieniu dobremu świeczki, jest stopniem pola ruchomości. I tutaj należy pamiętać o kącie α (alfa). Badanie ruchomości ku nosowi należy nieco zmodyfikować, gdyż często rogówka kryje się przy bardzo wydatnych ruchach poza grzbiet nosa. To też w tym razie, przy silnem zwróceniu gałki ku nosowi, oznaczamy odbicie (refleks) świeczki na rąbku (limbus) rogówki, a potem, polecając wpatrywać się (fiksować) w znaczek perymetru, oznaczamy stopień po raz drugi, tworząc ponownie obrazek na rąbku (limbus). Dodając obecnie znalezioną ilość do ilości stopni, otrzymanej z ekskursyi ku skroni, mamy dość dokładnie całe pole ruchów poziomych. Sposób ten wykazuje łatwo nawet drobne ograniczenia ruchów gałki. Schneller i Landolt, badając znaczne liczby zezujących, wykazali, przy pomocy obszernej statystyki, że stałym prawie objawem w zezie towarzyszącym jest upośledzenie ruchomości, dochodzące nieraz do 10°, w kierunku działania antagonisty mięśnia zezującego i to n i e t y l k o n a o k u z e z u j ą c e m, a l e i n a d r u g i e m. Szczególnie widocznem to jest w zezach z kątem stałym; w zezach peryodycznych ani Schneller ani Landolt, tego wykazać nie zdołali. Że w zezach znajduje się upośledzenie ruchomości, to było i dawniej wiadomo; toć Graefe i Donders już na to uwagę zwracali. Ponieważ jednak ograniczano się na oznaczaniu, czy rogówka dochodzi do kąta wewnętrznego lub zewnętrznego szpary, lub na ile milimetrów kryje się pod mięskiem łzowem, przeto, wobec różnej wielkości szpary powiekowej, nieraz i dość znaczne upośledzenia mogły ujść uwagi badającego.

To upośledzenie ruchomości obu gałek jest o tyle ważnem, że łatwo tłómaczy niepowodzenia operacyjne i że objaw ten stał się później podstawą zmiany terapii operacyjnej zeza.

Niemniej jak poprzednie badanie ważnem jest w tych razach dokładne oznaczenie refrakcyi, akomodacyi i bystrości wzroku, czy to sposobem podmiotowym, czy też przedmiotowym, gdzie u dzieci szczególnie, oddaje dobre usługi skiaskopia bez lub w połączeniu z atropiną. Szczególniej baczyć należy, czy niema astygmatyzmu, który jest stałym towarzyszem zezu podług Javala, w 56% przypadków podług Chevallereau. Nader często przeszkadza w oznaczeniu refrakcyi sposobem podmiotowym wyższe lub niższe niedowidzenie (amblyopia) oka zezującego. Zaledwie mały odsetek zezujących oczów jest od niego wolny. Większa liczba posiada znaczne niedowidzenie; podług statystyki ostatniej Weckera zaledwie czterdzieści pięć prc. wszystkich zezów posiada bystrość wyższą, niż jedna czwarta; wcale nierzadkie jednak są przypadki niedowidzenia (amblyopie), gdzie pacyent z trudnością liczy palce na kilkadziesiąt centymetrów, przyczem nieraz i zdolność widzenia naośnego jest mniej więcej upośledzona, jeśli nie zniesiona zupełnie. Pole widzenia takiego niedowidzącego oka, badane większym znaczkiem, zwykle nie okazuje zmian. Jednakże znaczkami małymi można wykazać w wielu przypadkach nietylko ścieśnienia obwodowe, ale i ubytki środkowe lub przyśrodkowe. (Guillery, Noyes i inni). Trudno ten objaw pogodzić z zapatrywaniem, że niedowidzenie (amblyopia) oka zezującego jest pochodzenia funkcyonalnego z nieużywania (ex anopsia), jak twierdzi cała gromada autorów (Graefe, Donders, Javal, Leber, Grut, Schnabel), w przeciwieństwie do innych, uważających niedowidzenie nie jako następstwo zezu, lecz jako zmianę wrodzoną, jako jednę z przyczyn zezu. (Schweigger, Alfred Graefe, Mules, Noyes i in.)

Gdyby te zmiany były rzeczywiście pochodzenia funkcyonalnego, powinny by być, co do nasilenia, odpowiednie tak stopniowi zezu, jak i jego trwaniu i powinny by znajdować się w każdym przypadku; tymczasem w zezie jednostronnym, gdzie już chyba najkorzystniejsze są warunki do powstania niedowidzenia (amblyopii), przecież w 28% nie dało się go wcale wykazać (Berlin). Spostrzeganie u dziecka, w kilka tygodni po wystąpieniu zeza, tak znacznego niedowidzenia, że po zawiązaniu oka niezezującego trudno mu się było oryentować, nie świadczy zaiste o pochodzeniu funkcyonalnem (Graefe). Koenigstein, Schleich, Naumoff i Truc, badając noworodki, znajdowali w znacznej liczbie przypadków, bądź to na tarczy nerwu wzrokowego, bądź też w jej sąsiedztwie, świeże wynaczynionki, wywołane czynnością porodową. Zmiany te mogą zupełnie ustąpić tak, że ich później wziernikiem wykazać nie można. A jednak mogą one wytworzyć stałe upośledzenie wzroku, które później przedstawia się jako niedowidzenie *ex anopsia*. Zresztą znajdujemy przy badaniu dość często niedowidzenie bez zezu, tego samego typu, jak w oczach zezujących, i niewahamy się ich nazwać wrodzonemi. Twierdzenie, że niedowidzenie jest skutkiem nieużywania, polegało na tem spostrzeżeniu, że w wielu razach, po operacyi zeza, nieraz w bardzo krótkim czasie, zauważono poprawę bystrości wzroku oka niedowidzącego. Fakt ten, jakkolwiek przez poważnych pisarzy (Schweigger, Alf. Graefe i in.) zaprzeczany, przecież niewątpliwie istnieje. Oprócz przypadków, sporadycznie ogłaszanych, dowodzi tego praca Villaieta, który zestawiwszy 151 przypadków niedowidzenia (amblyopii) u zezujących, i spostrzegając je przez czas dłuższy, wykazał, że bystrość wzroku podnosiła się bądź to wolno, bądź raptownie, tak, że nieraz dochodziła do 3 i 4-kroć wyższych wartości, niż przed operacyą, a co ważniejsze, że w przecięciu większe były poprawy w niedowidzeniach wyższych stopni, niż przy zachowanej jakiej takiej bystrości wzroku.

Z drugiej zaś strony podawane nieraz kolosalne poprawy bystrości wzroku polegają z pewnością bądź to na omyłkach, lub na niedokładnem, czy też w niekorzystnych dla oka zezującego warunkach wykonywanem, badaniu. Jeśli chorego badamy w ten sposób, że zasłoniwszy mu oko zdrowe, zmusimy go do ustawienia oka zezującego w środku szpary powiekowej, to często zdarzy się, że znajdziemy niższą bystrość wzroku, niż wtedy, jeśli badane oko ustawione w zwykłem położeniu zezującem, a ruch gałki badany zastąpi ruchem głowy (A. Graefe, Burhardt), gdyż to położenie jest dla badanego wygodniejsze. Różnice w ten sposób otrzymane, bywają bardzo znaczne, jak n. p. w przypadku Graefego bystrość wzroku z $^{2}/_{60}$ podniosła się do $^{1}/_{2}$! Twierdzenie, że ucisk mięśni na gałkę jest przyczyną niedowidzenia (amblyopii) i poprawa bystrości zależy li tylko od zwolnienia napięcia w łuku mięśniowym przez tenotomię uzyskanego (Mittendorf), jest zupełnie błędne. Więzadła boczne (ailerons-Bindenflügel) tak właśnie są położone, że o ucisku na gałkę przez mięśnie mowy być nie może (Motais). Jakkolwiek bystrość wzroku znacznie się poprawia, to przecież nader rzadko dochodzi do pełnej bystrości, coby przecież być powinno, skoro operacyą oko dobrze ustawimy, tak, że może bardzo wygodnie brać udział w patrzeniu, równocześnie z okiem drugiem. To też racyonalnem się być wydaje, rzadko wspominane twierdzenie Dondersa, później przez Mulesa powtórzone, że tu się 2 stany sumują. Wobec na pewno wykazywanej poprawy do pewnego stopnia, niedowidzenie (amblyopia) polega nietylko na zmianie wrodzonej, ale do niej dołącza się pewien brak ćwiczenia, pewna nieczułość siatkówki która wskutek ćwiczeń ustąpić może, i o tyle tylko niedowidzenie zdolne jest do poprawy. Zatem niedowidzenie u zezujących byłoby wynikiem dwojakiego rodzaju wpływów. Temu też po części zawdzięczać należy, że mimo złego ustawienia gałek, zezujący nie widzi w zwykłych warunkach podwójnie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Przetoka kałowa jelita ślepego skutkiem nacieku okołomacicznego. Samoistne wyleczenie.

Podał

Dr. W. Chrząszczewski

z Sambora.

Jak niezwykły i nieobliczalny przebieg cechuje nieraz zejście nacieku okołomacicznego, dowodzi przypadek chorobowy, który, dla jego nadzwyczajnej rzadkości, podaję do wiadomości ogółu lekarskiego.

L. K., żona rzeźnika z Sambora, lat 32 licząca, poddała się w miesiącu lipcu, 1897 r., we Lwowie, operacyi krwawego rozszerzenia ujścia macicznego, jako zabiegowi, mającemu ją wyleczyć z dotychczasowej bezpłodności. Po powrocie do domu czuła się ona ciągle chora, jednakże, wobec nieznacznych bólów w krzyżach, pobolewań w okolicy obu

pachwin, uważała stan swój chorobowy jako konieczne następstwo przebytego zabiegu operacyjnego i nie wzywała pomocy lekarskiej. Dopiero w 4 miesiące, licząc od dnia operacyi dyscysyi, wezwała lekarza, który stwierdził naciek okołomaciczny głównie po stronie prawej, dalej stan podgorączkowy i zarządził udanie się chorej do łóżka. Gdy w kilka tygodni później zawezwano mnie do tej chorej, zastałem stan następujący: Chora o budowie ciała dobrej, podupadłem odżywieniu. Błony śluzowe, dostępne badaniu, blade; skóra również blada, o żółtawem odcieniu. Ciepłota ciała 39.2° C., tętno miękkie, 96 na minutę. Brzuch mocno wysklepiony, głównie ponad pępkiem, a przy obmacywaniu stwierdza się duży twardy opór o nierównej powierzchni, przy dotyku mocno bolesny, który rozprzestrzenia się aż na talerze biodrowe. Wejście do pochwy wązkie, pochwa krótka, na tylnej ścianie wał odpowiadający prostnicy. Część pochwowa macicy krótka, gruba, ujście szparowate, zwrócone ku stronie lewej.

Dalszy ciąg macicy w sklepieniu przedniem, wszystkie zaś sklepienia obmurowane naciekiem twardym, przechodzącym w naciek od zewnątrz wybadalny. Wprowadzenie wziernika niemożliwe, sondą maciczną nie badano [1]).

Z podmiotowych objawów należy podnieść napadowe bóle w całym brzuchu, częste i bolesne parcie na mocz, brak łaknienia i bezsenność. Taki stan utrzymywał się niemal bez żadnej zmiany, do której chyba można zaliczyć skąpe wydzielanie się rzadkiej białawej ropy przez pochwę, które wystąpiło w 8-mym tygodniu choroby. Leczenie stósowano przeważnie objawowe, ograniczające się na kojeniu bólów zapomocą gałek z tłuszczu kakaowego z makowcem, lub morfiną, odprowadzaniu moczu cewnikiem, podawaniu środków nasennych i maści z ichtyolu i jodku potasowego. Przedłużająca się choroba zniecierpliwiła chorą, jak i jej otoczenie i, mimo, że stan jej nie zupełnie nadawał się do zniesienia dalszej jazdy, odwieziono ją do Krakowa, na oddział III szpitala św. Łazarza. Z przebiegu choroby, od dnia 27 października do 29 grudnia 1897 r., podług zapisków łaskawie mi przez Dr. Ackermana udzielonych, nadmieniam, że, w dwa dni po przybyciu do Krakowa, spostrzeżono obfitą wydzielinę ropną z pochwy, chociaż nigdzie, mimo badania sklepień, nie znaleziono spodziewanego otworu, któryby miejsce przebicia się wypociny wskazywał. Wśród stósowania kataplasmów, później miesienia i zresztą objawowego leczenia, chora na własne żądanie opuściła szpital i powróciła do Sambora, gdzie ją zaraz następnego dnia odwiedziłem. Odżywienie jej podupadło do tego stopnia, iż zaledwie można się było domyślać, że to ta sama osoba, którą przed dwoma miesiącami widziałem.

Naciek okołomaciczny zmniejszony, a stopień jego zbitości nierównie mniejszy, aniżeli to przed dwoma miesiącami miało miejsce.

Badanie przez pochwę wykazuje część pochwową macicy nieruchomą, a skombinowane badanie poucza, iż cała macica stanowi z naciekiem jedną całość, dającą się nieco od strony prawej ku lewej przesunąć. Odpływ ropy nieznaczny, bóle natomiast dość silne, szczególnie pod wieczór, w którejto porze dnia podniesienie się ciepłoty ciała dochodzi do 38·8° C.

Język suchawy, pragnienie wzmożone, łaknienie liche. Przez dwa tygodnie, licząc od powrotu z Krakowa, stósowano dalej kataplasmy, które sprawiały zawsze złagodzenie bólów w jamie brzusznej i zdawałoby się, że wpływały na rozdzielanie się wypociny, gdyż stanowczo zmniejszały stopień jej zbitości. W trzecim tygodniu spostrzegłem po stronie prawej brzucha, w okolicy, odpowiadającej jelitu ślepemu, obrzęk wielkości kurzego jaja, pokryty skórą jasnoczerwoną, zcieńczałą, a badanie dotykiem, zapomocą palców wskazujących obu rąk, wykazywało niewątpliwe chełbotanie we wnętrzu tego obrzęku. Będąc przekonanym, iż treścią obrzęku nie może być nic innego, jak ropa, zaproponowałem chorej otwarcie ropnia, na co, po jednodniowem wahaniu się, przystała. Skóra nad obrzękiem dochodziła najwyżej 3—4 m. m. grubości, toteż jedno pociągnięcie nożem o szerokim brzuścu wystarczyło do otwarcia jamy ropnia.

Jakież było moje zdziwienie, gdy zobaczyłem, zamiast ropy, kał ciemno-brunatny, w części rzadki, w części grudkowaty, przez który wydobywały się z głębi bańki gazów gnilnych, mocno cuchnących. Jama ta, wypełniona kałem, była dość duża, bo jak na oko mogłem ocenić, zmieściłaby w sobie z łatwością pięść dorosłego mężczyzny; miejsca w jelicie, przez które kał się przedostał, znaleźć nie mogłem, a zresztą niemiłą niespodzianką, jaką mi sprawił rodzaj treści otwartego ropnia, byłem na tyle przerażony, iż w braku umiejętnej asystencyi, nie szukałem nawet dokładnie miejsca przebicia ściany jelitowej. Mając pod ręką 5% roztwór kwasu karbolowego i irygator, napełniony letnią wodą, sporządziłem sobie na prędce litr 1%-wego roztworu kw. karb. i nim przestrzykałem całą jamę, aż do zupełnego wydalenia z niej kałowej treści. Następnie wytamponowałem gazą jodoformową, której przeszło jeden metr kwadratowy zużyłem i zaopatrzyłem zewnętrzną ranę brzuszną tąż samą gazą, grubym podkładem waty i opaską. Na drugi dzień zmieniłem cały opatrunek, przyczem gaza, wyjęta z jamy, była w zupełności przesiąknięta płynnym kałem, jednakże wydzielania się świeżego kału nie spostrzegłem. Gaza, wyjęta czwartego dnia z jamy, cuchnęła wprawdzie jeszcze kałem, jednakże nierównie mniej, niż przy ostatnim opatrunku, a na powierzchni jej spostrzegłem gęstą śmietankowatą ropę, z domieszką nieznaczną krwi. Od tego czasu wydzielała się wyłącznie ropa kredowobiała, a w wydzielinie nie pojawił się kał ani razu.

Wydzielina ropna była bardzo obfita tak, że codzienna zmiana opatrunku, w ciągu dni 12, okazywała się konieczną. Później zmniejszyła się ilość wydzieliny, a przez przeciąg następnych dwu tygodni wystarczało zmieniać opatrunek co 3 dni.

Początek wydzielania się ropy z operacyjnej rany brzusznej stanowił przełom w podmiotowym stanie chorej. Ustało zupełnie parcie na mocz i stolec, nacichły bóle w jamie brzusznej, znikły gorączka i bezsenność, chora poczęła się lepiej odżywiać tak, że po upływie 7 tygodni, od dnia otwarcia rzekomego ropnia, chora opuściła łóżko i potrzebowała mej pomocy lekarskiej wyłącznie dla przyżegania azotanem srebrowym bujnej ziarniny, która na brzegach rany skórnej się wytworzyła, podczas gdy komunikacya z jamą brzuszną, przez dokładne zasklepienie się otworu rany operacyjnej, zupełnie została zniesioną.

Obecnie osoba ta jest zupełnie zdrową, oddaje się swym

[1]) Ściśle podług historyi choroby, przesłanej mi uprzejmie przez kolegę Dra Ackermana, podług zapisków przez niego prowadzonych (Nr. prot. stanu 395).

zajęciom domowym, a tylko porozszerzane naczynia chłonne na całej powierzchni skóry brzucha, nadające skórze pstre wejrzenie, przedstawiają jedyny ślad przebytej ciężkiej sprawy chorobowej, wyjątkowo tak pomyślnie zakończonej.

W przebiegu naszkicowanej historyi choroby dwa punkty dawałyby do myślenia: Za pierwszy uważam czynnik etyologiczny, który spowodował, w 3 miesiące po dyscysyi ujścia macicznego, zapalenie około maciczne z następowem wytworzeniem się wypociny; za drugi — wyjaśnienie, dlaczego, mimo przebicia jelita, nie przyszło do ostrego zapalenia otrzewnej, względnie zakażenia tej, tak czułej, błony przez treść kałową?

Na pierwsze pytanie mogę odpowiedzieć tylko z pewnem prawdopodobieństwem, iż czynnikiem etyologicznym do powstania zapalenia przy — około i wewnątrzmacicznego mogło być zakażenie przy spółkowaniu, może dotkniętego rzeżączką, męża pacyentki.

Drugi punkt objaśniam sobie w ten sposób, iż całe jelito ślepe, wraz z wyrostkiem robaczkowym, było niejako wmurowane w zbitą wypocinę okołomaciczną tak, że treść jelita, po przebiciu jego ściany, dostała się do jamy w wypocinie samej powstałej i że cała sprawa odbyła się skutkiem tego *extra cavum peritonei* [2]).

III. Oceny i sprawozdania.

„Tropon", nowy przetwór odżywczy.

Rozgłoszona po świecie telegramami z międzynarodowego Zjazdu higienicznego w Madrycie (10—17 kwietnia 1898) „synteza białka", nie jest nią wcale. Niestety, w ostatnich czasach każde prawie odkrycie, zwłaszcza uczonych niemieckich, bierze w opiekę bałamucąca reklama, mająca na oku zyski przedsiębiorców, co budzić musi niesmak i rzucać cień na istotnie nawet dobrą rzecz.

Profesor higieny w Bonn, Finkler [1]), podał nową postać białka, która ma łączyć w sobie zalety pożywności i taniości, co jednak nic wspólnego nie ma z synteza białka. Utworzenie tego nowego białka oparł F. na zasadach następujących:

Bardzo często można spostrzegać, jak ustrój ludzki niedomaga poprostu z niedostatecznego odżywiania.

Wziąwszy się do badania pod tym względem robotników, można u nich zauważyć przedwczesne zestarzenie się, liche odżywienie, nieodporność w chorobach i wyczerpanie sił. Ale dotyczy to nietylko robotników, nie tylko biedniejsza ludność, bo nieraz i osoby zamożne okazują nadzwyczaj małą wydatność mięśniową, oraz rozmaite objawy, zasadzające się na niedostatecznem odżywianiu. Nawet ludzie z pełnymi kształtami ciała, zaokrągleni, uchodzący za silnych, kwitnących, już w pierwszej próbie siły mięśniowej odsłaniają swą słabość, a po przeprowadzeniu leczenia odtłuszczającego dopiero widać, jak liche są ich mięśnie. Mimo więc pełnych kształtów ciała uważać należy tych ludzi za nieodżywionych.

Wobec tego zadaniem lekarzy jest wyszukać braki odżywiania się ludzi, oznaczyć wielkość i sposób tych braków i zaradzić im w sposób ogólnie dający się zastósować.

Przedewszystkiem trzeba się oprzeć na zasadach odżywiania ustroju. Na podstawie prac ostatnich czasów (przeważnie fizyologa Pflügera) upaść muszą dawniejsze błędne wyobrażenia. Szczególnie dwie sprawy mylnie pojmowano. Powszechnie bowiem sądzono, że przy pracy ciężkiej ubywa tłuszczu przedewszystkiem, a powtóre, że izodynamia istot azotowych i bezazotowych sięga tak daleko, iż pozwala na zupełną wymianę wzajemną obojga tych istot podług ich ciepłotek (kaloryj). Tymczasem pewna ilość białka w zwierzęcej przemianie materyi jest stała i nie mogą jej zastąpić tłuszcze i węglowodany. Udział białka w przemianie materyi oznaczyć można tylko na podstawie ilości białka zawartego w pożywieniu z pominięciem tego, czy wiele, czy też mało tłuszczów i węglowodanów ustrój spożywa. Pracę żywotną mięśni umożliwia białko, które też jest jedynem bezpośredniem źródłem siły mięśniowej. Białko tedy jest pożywką pierwszorzędną, zaś tłuszcze i węglowodany — drugorzędną.

Bez rozkładu białka nie można sobie wyobrazić wcale pracy mięśniowej, która obejść się zdoła bez tłuszczów i węglowodanów. Właściwą tedy częścią składową żyjącej, czynnej komórki jest białko. W przyszłości należy jeszcze rozstrzygnąć za pomocą dalszych badań, o ile i w czem pomagają do rozkładu białka dla wykonania pracy tłuszcze i węglowodany. Na zasadzie wspomnianych pewników trzeba więc przedewszystkiem oznaczyć miarę pożywienia dla białka to jest tę prawidłową ilość jego potrzebną do odżywienia. Można to zrobić w dwojaki sposób, albo obliczając ilość białka zjadanego, albo też rzeczywiście zjedzonego, to jest istotnie wessanego. W pierwszym razie oprzeć się trzeba na doświadczeniu żywienia większej liczby ludzi pracujących, więc n. p. wojska; w drugim zaś razie należy czynić próby. Z mnóstwa obliczeń można przyjąć średnio że: 1) na ciężko pracującego mężczyznę na dzień wypada 145 grm. surowego białka; 2) na pracującego lżej 96 grm; 3) na kobietę miernie pracującą 61 grm. Z tego wypadnie, licząc mężczyznę na 65 kgm wagi ciała a kobietę na 55 kilogramów, że na 1 kilogram wagi ciała i na dobę trzeba w pierwszym przypadku 2·23 grm., w drugim 1·48 grm., a w trzecim 1·1 grm. Te liczby jednak wymagają koniecznej poprawki, ponieważ przecież nie cała ilość białka zjadanego wsysa się do ustroju. Część pewna białka zawsze odpadnie, nie strawi się dla ciała. Badania szczegółowe wykazały, że dla każdej pożywki istnieje inna poprawka, wyrażająca odsetek białka niewessanego. Ta poprawka nie jest jednak stała, bo zmienia ją sposób przyrządzenia pożywki, jak również mieszanie pożywek, na czem właśnie polega to, co się nazywa obiadem, „menu". Można przecież wynaleźć taką średnią poprawkę, która nie będzie bardzo błędna, na podstawie licznych doświadczeń. Tak samo ogólnie można w przybliżeniu oznaczyć poprawkę dla białka zwierzęcego i roślinnego. I tak od białka zwierzęcego należy odciągnąć 5%, od roślinnego 35%, jako tę poprawkę.

W ten sposób przerzeczone liczby, w odniesieniu do białka strawnego, czyli wessanego, będą:

	na głowę	na kgm. wagi ciała
1) =	108·08	1·67
2) =	72	1·1
3) =	45·8	0·83

To więc będzie oznaczenie ilości białka na zasadzie doświadczenia codziennego z żywieniem większej liczby ludzi pracujących.

Oznaczenie na zasadzie prób naukowych da oczywiście o wiele dokładniejsze wyniki, bo świadczące o istotnej przeróbce białka w ustroju. Sposób oznaczania azotu w moczu podług Kjeldahla jest bardzo dokładny i, obrachowawszy z azotu białko, można z całą ścisłością powiedzieć, ile białka w pewnym czasie ustrój przerobił. Z doświadczeń takich wyprowadza F. wniosek, że silny robotnik, przy pracy znacznej, przerabia, na 1 kgm i na dobę, 1·73 grm. białka. Liczba ta zgadza się z liczbą znalezioną przez Pflügera dla człowieka młodego, dobrze odżywionego i pracującego: —

---

[2]) Przypadek opisany wywołał w łonie komisyi redakcyjnej dyskusyę, z której wypadło, że najpodobniejszą do prawdy jest okoliczność, że u pacyentki, operowanej na części pochwowej macicy, przypadkowo wystąpiło ropne zapalenie wyrostka robaczkowego i sprowadziło wyżej opisany przebieg. (Redakcya).

1·725 grm. Jeżeli więc silny robotnik nie ma zużywać przy pracy białka własnych mięśni winien dostawać na dobę i na kgm. własnego ciała 1·73 grm. białka w pożywieniu.

Inni badacze znaleźli jednak tę liczbę o wiele mniejszą. Przecież da się to wytłómaczyć tem, że ludzie, przez nich do prób używani, nie byli w równowadze azotowej. Dowodzą tego doświadczenia F. na ozdrowieńcach po durze, u których mało białka przerabiało się, bo ustrój obracał je na zapełnienie własnych braków w mięśniach.

Jeżeli człowiek nawet przy natężającej pracy rozkłada mało białka, a wiele tłuszczu i węglowodanów, to przyczyną skąpego rozkładu białka jest — nie obecność wielkiej ilości tłuszczu, ale małej ilości białka, które ma ustrój do rozporządzenia. Albo więc ustrój dostaje za mało białka, albo przeznacza białko na zaopatrzenie mięśni wychudzonych wskutek np. choroby ciężkiej. Dążność ustroju do robienia zapasów drobin białka, zdolnego do pracy, jest nadzwyczaj wielka u ludzi młodych, także u ozdrowieńców i u wygłodzonych.

Prawidłowa więc miara białka, potrzebna do tego, aby ustrój nie tracił swego białka, wynosi podług F.:

1) w pracy ciężkiej na 1 kgm. wagi ciała i na dobę . . . . . . 1·73 grm.
2) w miernej pracy na 1 kgm. wagi ciała i na dobę . . . 1·42 grm.

czyli 1) dla średniej wagi ciała 65 kgm. . . 112·45 grm.
2) dla średniej wagi ciała . . . . . 92·3 grm.

Jeżeli te liczby porównamy z liczbami wyprowadzonemi ze zwykłego codziennego żywienia wojska, pokaże się w tym ostatnim przypadku niedobór białka na dzień 3·6 grm.

Zadaniem higieny jest jednak przeciwdziałać niedoborowi białka i utrzymać człowieka na idealnej wysokości, sprawności i zdolności zarobkowania. W odżywianiu należy również uwzględnić równomierność, to jest aby jeden dzień nie różnił się od drugiego w ilości dostarczonego w pożywkach białka, co tymczasem zazwyczaj bywa zaniedbywane, jak pokazują liczby gramów białka nawet we wzorowem żywieniu wojska, różniące się bardzo w poszczególnych dniach tygodnia. Za wielka ilość białka, dostarczona ustrojowi jednego dnia, bywa zużyta i nie może wyrównać braków, jakie sprowadzi w innym dniu zamała ilość białka w potrawach. W dalszym ciągu rozchodzi się o to, aby białko było możliwie strawne. Białko roślinne jest właśnie niestrawne, to jest. że wiele części z tego białka gorzej strawnych pozostaje w jelitach i sprowadza niepożądane skutki. Białko musi być wreszcie w takiej postaci, aby było tanie.

To wszystko przemawia dostatecznie za tem, aby wyszukać nowe źródła białka, w zupełności wessalnego, bez smaku i taniego.

Otóż takie białko wynalazł Finkler i nazwał je **„tropon"**. Wymagało to mozolnych prób i doświadczeń aby białko oczyścić od tłuszczu, barwików, istot wonnych, toksyn. W ten sposób otrzymał F. białko w postaci nierozpuszczalnej w wodzie, które jest nadzwyczaj strawne, peptonizuje się z kwasem solnym i pepsyną bez żadnej pozostałości i nie zawiera nukleiny. Prócz tego białka dostał on również odmianę w wodzie rozpuszczalną, służącą do niektórych szczegółowych celów, jak odżywiania pewnych chorych i nadającą się do rozpuszczania w płynnych potrawach. Tropon nie zawiera kleju, którym tak często zanieczyszczone są rozmaite inne sztuczne pożywki białkowate. Ponieważ sprawa ta, czy białko roślinne ma tę samą wartość odżywczą, co białko zwierzęce, nie jest dotąd rozstrzygnięta, a ponieważ dalej przyjmuje się powszechnie za prawidło, że 35% białka użytego w pożywieniu winno być zwierzęcego pochodzenia, tropon zawiera $^1/_3$ część tego ostatniego. Tropon nie zawiera także wcale soli, ani składników nieorganicznych, nazywanych zazwyczaj solami odżywczemi, aby kupując go nabywało się jedynie białko bez soli podrożających wyrób. Dla wypróbowania własności odżywczych, strawności i korzyści w przyrastaniu mięśni, pod wpływem podawania troponu, robił F. wiele doświadczeń na zwierzętach i ludziach. I tak podawał człowiekowi tylko tropon, zamiast jakiegokolwiek innego pożywienia, a to w ogromnej ilości, do 163 grm. dziennie. Równocześnie człowiek ten pracował wiele, to jest jeździł natężająco i ustawicznie na kole. Pokazało się, że człowiekowi temu znacznie przybywało na ciężarze ciała i że przeróbka azotu u niego była bardzo silna. Równocześnie przewód pokarmowy wcale nie bywał przepełniony, pozostałości niestrawnych było bardzo mało. Tak samo odżywianie młodych, rosnących dziewcząt, ozdrowieńców i chorych wydało wyborne wyniki.

W żadnym przypadku nie było zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Zazwyczaj podawał na dzień 15—30 grm. a niekiedy 50—70 grm. Bez wyjątku chorzy przybierali na ciężarze, nawet suchotnicy, co może w przyszłości być ważną pomocą w odżywianiu chorych piersiowych w zakładach zamkniętych. Pewien chłopiec z zapaleniem gruźliczem otrzewnej, żywiony przez sześć miesięcy troponem (podczas czego zapalenie minęło) przybrał $^1/_3$ swego pierwotnego ciężaru (z 79 na 106 funtów). W zwężeniach przełyku okazał się również tropon znakomitą odżywką, bo przechodzącą łatwo w płynie przez cieśń.

Co do ceny, to tropon będzie tańszy o 40—50% od równej ilości mięsa surowego. Da się zaś zastósować do pożywienia w każdej możliwej postaci; więc można dodawać troponu do chleba, pieczywa i razem wypiekać, do wszystkich konserw, wyciągów jarzynianych, itd.

Da się też przechowywać bez zepsucia, nadaje się przeto do zaopatrywania się w żywność na wyprawy wojska, wycieczki w góry, podróże dalekie. Tropon składa się w istocie swej z mięśni zwierzęcych ($^1/_3$) i z części roślinnych ($^2/_3$); jak go zaś szczegółowo otrzymuja, autor nie podaje, co jest widocznie tajemnicą fabryki.

Dr. H. Strauss[1]) z kliniki prof. Senatora w Berlinie podaje uwagi o zastósowaniu troponu do żywienia chorych. Z pracy jego dowiadujemy się, że tropon wyrabia osobna fabryka w Mühlheim nad Renem. Jest to wyrób podobny do mączki szaro-brunatnej barwy, zupełnie bezwonny i bez smaku, w wodzie nierozpuszczalny, strawny bardzo dobrze tak w sztucznym jak prawdziwym soku żołądkowym. — Z porównania z innemi odżywkami, wprowadzonemi w ostatnich czasach, wypada, że tropon jest znacznie tańszy. I tak kosztuje 1 kgm. białka w eukazynie marek 11·15, w nutrozie 20, w peptonie Mercka 21, w peptonie Antweilera 40, w somatozie 50, w peptonie Kemmericha 61, a w troponie tylko 4.

Tropon podawano w klinice berlińskiej w cieśni przełyku, w kwaśnych nieżytach żołądka, we wrzodzie okrągłym, w biegunce, u ozdrowieńców, w niektórych przypadkach dłużej nawet niż dwa miesiące. Najbardziej smakowało chorym podawanie troponu w mleku ciepłem; używa się również czekolada z troponem i sucharki z troponem. Dawano w mleku po łyżce troponu na $^1/_2$ litra mleka. Niekiedy dawka dzienna dochodziła od 20 aż do 60 grm. troponu; nigdy jednak nie zauważył autor zaburzeń w łaknieniu lub objawów podrażnienia przewodu pokarmowego. Miało się, przy tem żywieniu, wybitnie mniej kwasu moczowego, a ponieważ tropon, podług Finklera, ma być do tego wolny od nukleiny, może więc stanie się on pożądaną pożywką w dnie, kamicy nerkowej, w ogóle w skazie moczanowej.

Przeto, jak widać z doniesienia samego Finklera i z prób w klinice prof. Senatora, tropon zasługuje na wprowadzenie do naszych zakładów leczniczych i na czynienie z nim doświadczeń. Należy jednak zawsze o tem pamiętać, że sztuczna pożywka może tylko wspierać odżywianie prawidłowe oparte na fizyologicznych prawach ustroju, ale nie jest go w stanie zastąpić w zupełności.

Dr. St. Eljasz-Radzikowski.

---

[1]) Therapeutische Monatschrift, 1898, Nr. 5.

IV. Wyciągi.

Ballet: **O astazyi-abazyi.** (*Sem. méd.*, 1898, Nr. 2). Astazya-abazya jestto, jak wiadomo, obraz chorobowy, bardzo znamienny przez to, iż siła mięśniowa i kojarzenie ruchów (koordynacya) kończyn dolnych zupełnie nie są zmienione, a w zakresie czucia mięśniowego i skórnego niema żadnych zaburzeń, chory zaś mimo to ani stać, ani prawidłowo chodzić nie może. Nader prędko, po pierwszych dokładnych opisach tego szczególnego zbioru objawów, przyzwyczajono się odnosić go stale do tła histerycznego, rozmaicie tłómacząc powstawanie zboczeń, zależnie od współcześnie panujących pojęć o patogenezie histeryi i istocie ruchów automatycznych, zarówno tak zwanych wrodzonych, jak nabytych. Uważając chód ludzki za automatyzm nabyty, długi czas odnoszono go do działania ośrodków, położonych w rdzeniu przedłużonym. W myśl tych zapatrywań sądzili Charcot i Blocq, że w przypadkach histerycznej astazyi-abazyi owe ośrodki zatraciły swoje zdolności i że wskutek tego bodźce dowolne, wysyłane z mózgu, nie mogą wyzwolić w rdzeniu przedłużonym czynności, potrzebnych do automatycznego kojarzenia ruchów chodu. W ten sposób byłaby astazya-abazya rodzajem „niepamięci rdzeniowej“ (amnésie spinale). Pojęcie to nie może się obecnie utrzymać wobec badań Flechsiga, według których siedzibą ośrodków ruchów automatycznych nabytych jest u człowieka w znacznej części mózg, a nie rdzeń przedłużony, oraz wobec współczesnych zapatrywań na istotę histeryi, składających to cierpienie na karb zaburzeń czynnościowych w samejże korze mózgowej, w owych nieznanych bliżej ośrodkach wyższych działań psychicznych. Wiadomo, że znaczna część naszych czynności duchowych odbywa się pod progiem świadomości; otóż z wielu stron wypowiedziano przypuszczenie, że, w histeryi, pole tych działań psychicznych nieświadomych powiększa się na niekorzyść czynności świadomych, czyli, jak mówią obrazowo, powstaje: „zwężenie pola świadomości“. Niektóre wrażenia, i pewna część wyobrażeń przesuwa się poniżej progu świadomości i w ten sposób powstają: znieczulenie histeryczne, oraz niepamięć w pewnych zakresach. Astazya-abazya byłaby więc niepamięcią kojarzenia (koordynacyi) pewnych ruchów, a ztąd też tłómaczy się, dlaczego niekiedy spostrzegano samą astazyę bez abazyi, lub odwrotnie, a nawet swobodny chód obok niemożności ruchów kończynami dolnemi w położeniu na wznak. Otóż w znacznej części przypadków astazyi-abazyi, chorzy istotnie zapominają niejako stać i chodzić; jednakże należy, zdaniem Balleta, zwrócić uwagę także na te, nierzadkie zresztą przypadki, w których przyczyną astazyi-abazyi jest obawa chorego, że nie potrafi chodzić. W tym drugim szeregu przypadków oczywiście niema mowy o przesunięciu się pewnych działań psychicznych pod próg świadomości, o „niepamięci“ chodu, lecz przeciwnie, w świadomości chorego pojawia się pewnego rodzaju urojenie, połączone z uczuciem trwogi i, w pewnej chwili, górujące nad całością czynności psychicznych. Te postacie astazyi-abazyi zbliżają się więc do innych obaw chorobowych, spotykanych w ciężkich postaciach neurastenii, w których pojawia się tak zwana „folie de doute“; może zatem istnieć abazya neurasteniczna, powstająca w podobny sposób, jak n. p. agorafobia neurasteników. Jeżeli ta druga postać abazyi, polegająca na pewnego rodzaju urojeniu, rozwija się u osoby histerycznej, to najczęściej owo urojenie, które istniało na początku, znika w dalszym rozwoju cierpienia, wraz z chorobliwą obawą, pod progiem świadomości i wówczas chory (histeryk) wie o tem, że chodzić nie może, lecz zupełnie nie zdaje sobie sprawy, dla czego; przeciwnie neurastenik, dotknięty abazyą, wie dobrze, nawet nie zagłębiając się w swój stan psychiczny, o opanowującem go uczuciu obawy. Roztrząśnięcie tych zagadnień ma, i to w pierwszym rzędzie, bardzo doniosłe znaczenie praktyczne, gdyż tylko na jego podstawie można utworzyć właściwe wskazania lecznicze i skutecznie leczyć. W przypadkach bowiem abazyi przez zapomnienie (amnezya) wypadnie chorego niejako na nowo uczyć chodzić, kierując jego uwagę wszystkiemi możliwemi środkami na ruchy, które powinien wykonać, ażeby wskrzesić wyobrażenia ruchowe, wrazić te wyobrażenia w pamięć i przywrócić w zakresie świadomości zatracone zdolności ruchu, niegdyś działające automatycznie. Przeciwnie zaś w przypadkach abazyi, rozwijającej się na tle urojenia, należy, ile możności, odwracać uwagę chorego od ruchów, które ma wykonać, uwalniając przez to ośrodki automatyzmu od tamującego wpływu chorobliwej obawy, bądźto świadomej, jak to bywa u neurasteników, bądź też tkwiącej pod progiem świadomości, jak to się zdarza u osób histerycznych. U tych ostatnich wchodzi oczywiście w swoje prawa wszelkiego rodzaju poddawanie (suggestya), nawet hypnotyczne. *S.*

Dr. Mager Wilhelm: **Przypadek „kamicy oskrzelowej“ (Broncholithiasis).** (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 11). Kamica oskrzelowa może być istotną chorobą, lub tylko objawem innej choroby. Przypadek autora był samoistną kamicą, to jest chorobą znamionującą się odchodzeniem kamyków wśród napadowego kaszlu razem z plwociną. Chora, 28-letnia, zazwyczaj zupełnie zdrowa, dostawała w nocy silnego kaszlu, trwającego czasem aż godzinę, połączonego z silnym bólem w okolicy mostka, a kończącego się wykrztuszeniem kamyka, otoczonego śluzem, zabarwionym niekiedy krwawo. Napady występowały po większym ruchu, przechadzce, graniu w kręgle, jeździe na kole itp. Pomiędzy napadami chora była zupełnie zdrowa. Takich napadów przebyła ona już 30 i tyleż kamyków wykrztusiła. Autor podaje rysunki kamyczków o graniach ostrych, z rozgałęzieniami bocznemi, złożonych głównie z fosforanu wapniowego i magnowego, także z węglanu wapniowego i małej domieszki istot organicznych.

Badanie płuc wykazało jedynie średniobańkowate rzężenia odosobnione z tyłu po stronie lewej, które zmieniały miejsce. Plwocina skąpa, śluzowa, bez prątków swoistych.

Oświetlanie Roentgenowskie nic nieprawidłowego nie wykazało.

Autor wnosi, że miał do czynienia z istotną kamicą, to jest wytwarzaniem się kamyków w oskrzelach, na podścielisku śluzowem, z powodu osobniczego usposobienia chorej do takiego odkładania soli wapniowych w płucach. Kamyki powstawały na rozdziale oskrzeli, ztąd ich rozgałęzienia i ostre granie. Gdy po głębszych wdechaniach rozluźnił się związek kamyków z oskrzelami, wówczas bywały one wykrztuszane. Na podstawie podobieństwa wydalania innych kamyków z ustroju nazwał Poulalion kamicę oskrzelową „colique bronchique“ — kolką oskrzelową. Pozostaje jeszcze wytłómaczyć, dlaczego właśnie tam odkładają się sole wapniowe u niektórych osobników. Zastój śluzu powoduje owe złogi wapniowe, musi być jednak obfity dowóz soli wapniowych wogóle do ustroju, co nawet w pewnym przypadku stwierdził Fraenkel (jego chora zjadała w ciąży mnóstwo kredy).

Kamica oskrzelowa może być jednak tylko objawem innych chorób, jak schorzeń miąższu płucnego, w których następuje zwapnienie nacieków gruźliczych lub treści jam. Dalej zwapnienie wysięków opłucnowych, też w gruczołach chłonnych, może być przyczyną kamyków, które przedostają się do oskrzeli i z nich z kaszlem wychodzą na zewnątrz. Może być wreszcie odsłój płucny w przebiegu pylicy powodem kamienia oskrzelowego.

Czy kamica jest w danym przypadku samoistną, czy tylko objawową, rozstrzygnąć mogą badania poboczne, bo same napady będą zawsze podobne, a znamionujące się wybornie określeniem francuskich klinicystów: „kolki oskrzelowej“. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

Schwarz: „Tyokol“, nowy lek przeciwgruźliczy, (Klin. ther. Woch. 1898. Nr. 10). Tyokol (Thiocolum) jest solą potasową kwasu gwajakolosulfonowego i zawiera 60% gwajakolu.

$$C_6H_3 \begin{cases} OH \\ OCH_3 \\ SO_3H \end{cases}$$

Jest to drobny biały proszek, w smaku początkowo nieco gorzki, później słodkawy. W stosunku do znanych dotychczas przetworów kreozotowych i gwajakolowych zalecać się ma zupełną bezwonnością, wielką rozpuszczalnością w wodzie (co pozwala go zapisywać w roczynie z odpowiedniemi przyprawami (np. syrup. cort. aurant), i łatwą wessalnością. Nie drażni on przytem błon śluzowych i nie jest trującym, nie sprowadza objawów ubocznych, a nawet dawki wysokie (10—15,0 dziennie) znoszono są dobrze przez długi czas. Rozpocząć należy jednak od dawek mniejszych, 2—3,0 dziennie.

Na podstawie własnych spostrzeżeń przyszedł autor do przekonania, że lek ten działa przy gruźlicy swoiście. Nietylko wszystkie podmiotowe i czynnościowe przypady choroby zmniejszają się, ale i badanie przedmiotowe wykazuje z reguły znaczną poprawę.

Tyokol możnaby stosować, podobnie jak i inne przetwory kreozotu, także w przewlekłych nieżytach oskrzelowych, durze brzusznym i nieżytach jelitowych. L.

Goliner: „O fezynie i kozaprynie przy influency". (Resetl. Rund. 1898, Nr. 16). Oba środki podawane przy influency co dwie godziny po 0.5 usuwać mają stan gorączkowy i łączący się z nim dolegliwy ból głowy. Także bóle w krzyżach i grzbiecie zmniejszają się, a stan podmiotowy chorego staje się lepszym. Szczególnie w przypadkach z objawami nerwowymi, gdzie inne środki przeciwgorączkowe wywołują łatwo szkodliwe skutki uboczne, fezyna i kozapryna mają działać dobrze. L.

Ucisk nerwu błędnego w części szyjnej, jako zabieg usuwający napad dychawicy (astmy) samoistnej. Zachęcony dodatnimi wynikami leczenia krztuśca przez ucisk n. błędnego na szyi, Dr. Miranda, portugalczyk, powziął myśl zastosowania tego zabiegu na osobie, cierpiącej na dnę, która uległa silnemu napadowi dychawicy: wynik był natychmiastowy, dychawica ustąpiła: a gdy w nocy napad powtórzył się, chory, pamiętając dobrze, w którem miejscu lekarz ucisk palcami wykonywał, sam na sobie go wykonał i napad dychawicy ustał. Z trzech dalszych przypadków, w 2-ch duszność miała cechę nerwową i po zastosowaniu ucisku n. błędnego stale ustępowała; w 3-cim zaś, wskutek silnej sprawy nieżytowej w oskrzelach, wpływ ucisku n. bł. nie był zadawalniający, acz wyraźny. („La Semaine médicale", Nr. 28). Kw.

Kondurango, jako lek uśmierzający nerwobóle żołądkowe, zaleca Dr. Lemoine, kierownik kliniki lekarskiej w Lille. Autor kładzie główny nacisk na to, że kondurango posiada wybitne własności kojące, którym rakowaci zawdzięczają często względne złagodzenie tak dolegliwych cierpień. Asystent Lemoinea, Dr. Jouvenel, potwierdza, że nietylko bóle, lecz i uporczywe wymioty ustępowały po zażyciu kondurango tam, gdzie kokaina była bezskuteczną. Lemoine poleca po 5—8 pigułek dziennie, zawierających każda po 0,10 proszku kondurango; klinicysta ten sądzi, że w korze kondurango, jak w liściach coca, znajduje się prawdopodobnie alkaloid, który posiada własności znieczulające błonę śluzową. („La Semaine médicale, Nr. 28). Kw.

O. Werler zachwala powtórnie polecony przez Credégo itrol (arg. citric.) do leczenia rzeżączki, przypisując mu bardzo wybitne własności przeciwgnilne, działanie przeciwzapalne i zdolność wnikania wgłąb błony śluzowej. Na mocy tych własności można i należy rozpoczynać leczenie zaraz w początku sprawy chorobowej i to w postaci wstrzykiwań, w początkach cztery razy, później trzy, wreszcie dwa razy dziennie, wykonywanych przez samego chorego zwykłą strzykawką (8—10 cetm.), gdy rzeżączka ogranicza się do przednich części cewki moczowej, a strzykawką większą (20 cetm.), gdy sprawa przeszła na część tylną. W. używa roztczynów bardzo słabych, od 0,02:200 do najsilniejszego 0,05:200, zalecając wstrzykiwać je w stanie letnim i zatrzymywać w cewce każdorazowo po 10 minut. Przed wstrzykiwaniem, prócz wskazanego oddania moczu, każe przepłókać cewkę połową strzykawki polecanego płynu. (Berl. klin. W., 1898, 16). F. K.

Silbermintz (Pułtawa) leczy kłykciny kończyste 2—3-krotnem pędzlowaniem 20% z rozczynu resorcyny w kolodyonie, a w początkach okładami z 2% resorcyny; aby zaś zapobiedz częstym nawrotom, zapisuje do przemywania 5% rozczyn resorcyny, a do zasypywania puder: „Zinci carb., Bismut. subnitr. aa 9,0 Resorc. 2,0 Talc. ven. 80,0". F. K.

W 25 przypadkach dymienic, leczonych w prażskiej klinice Picka, używał Waelsch, z bardzo dobrym skutkiem, zamiast zalecanego przez Welandera rozczynu azot. srebrowego, rozczynu soli kuchennej, który w ilości kilku cetm. wstrzykiwał w zropiały gruczoł, po wypuszczeniu zeń ropy przez małe nakłócie; poczem przykrywa się ranę okładem z octanu glinowego. F. K.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 6 maja 1898 roku.

Przewodniczący: kol. Dr. Machek. — Członków obecnych 36.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. przewodniczący przedstawił nowego członka sekcyi, kol. Józefa Krzyszkowskiego.

3. Kol. Moraczewski przedstawił pod mikroskopem kryształki witeliny, jakie udało mu się otrzymać w toku swych doświadczeń.

4. Kol. Moraczewski mówił: „O zachowaniu się składników moczu pod wpływem wyższej i niższej ciepłoty".

Prelegent wspomina o pracach, które ugruntowały przekonanie, że wydzielanie chlorków, azotu i fosforu w czasie gorączki jest typowe, mianowicie następuje zatrzymanie chlorków, a nadmierne wydzielenie fosforu i azotu. W nowszych czasach badania nad zimnicą zachwiały zdanie powyższe. Przekonano się, że w dzień napadu chory na zimnicę wydziela więcej chlorków niż w dniach normalnych. Przekonano się dalej, badając mocz co kilka godzin, że podwyższeniu ciepłoty odpowiada podwyższenie ilości chloru. Wyniki te zachęciły autora do badań nad innemi formami gorączki, prócz zimnicy, i doprowadziły go do wniosków, iż obserwowane w zimnicy zmiany w wydzieleniu stosują się do wszystkich znanych typów gorączki. (Autor badał dur, zapalenie płuc, gorączkę trawiącą i zimnicę).

Z badań wynika, że każdemu podwyższeniu ciepłoty towarzyszy zwiększenie ilości wydzielonego chloru i azotu, a zmniejszenie ilości fosforu; każde obniżenie gorączki pociąga za sobą zmniejszenie się ilości chloru, a powiększenie azotu i fosforu. Zmiany te szczególniej widać w liczbach stosunkowych azotu do chloru i fosforu.

Prelegent stara się objaśnić wyżej podane wydzielanie zmianami w krążeniu, zwężaniem i rozszerzaniem naczyń, wskutek czego prąd dyfuzyjny idzie bądź w kierunku od tkanek do krwi, bądź od krwi do tkanek. Objawy gorączki, t. j. rozkład białka en. objaśnić się dają rozwodnieniem organizmu.

Wreszcie prelegent wyraża nadzieję, że przez dodanie sztuczne soli do soków organizmu, dałoby się wpłynąć na rozkład białek.

W rozprawie zabierał głos kol. Skałkowski, przypominając sobie chorą, u której, mimo groźnych objawów, jedynie na podstawie wzmożonego łaknienia solnych potraw rokował pomyślny wynik choroby, co też istotnie się sprawdziło. Zgadzałoby się to zatem z teoryą kol. Moraczewskiego nasalania organizmu w chorobach gorączkowych.

5. Kol. Pisek rozbierał „sprawę małżeństw, a wad sercowych"; poczem wypowiedział „kilka uwag terapeutycznych w stanach wad sercowych, wikłających ciążę i poród".

Na podstawie materyału własnego i zebranego z literatury, dochodzi prelegent do następujących postulatów: zasadniczo należy zabronić dziewczętom z wadami serca wstępować w stan małżeński; co do mężczyzn należy uwzględnić położenie społeczne, wiek i jakość wady. Niekompensowane wady powinny być bezwarunkową przeszkodą. Uwagi terapeutyczne dotyczyły przeważnie przypadłości objętych mianem „accidents gravidocardiaques", przyczem szczegółowo omawiał kwestyą upustów krwi.

Rzecz ta jest wyjątkiem z obszerniejszej pracy, będącej pod prasą.

W ożywionej rozprawie pierwszy przemawiał kol. docent Widmann: Co do dziedziczności wad sercowych, to jest ona dość wątpliwą, chociaż autorowie francuscy dziedziczność przyjmują. Co do małżeństwa, to mężczyznom przy zupełnem wyrównaniu (kompensacyi) pozwoliłby się żenić, ale kobietom nie. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że przy wadach serca, tak jak i przy gruźlicy, po zamążpójściu następuje pogorszenie. W końcu, przestrzegając przed szablonowaniem w leczeniu tych powikłań, zaznacza, że na upusty krwi zgodziłby się tylko przy wadach żylnych — z żyły.

W dalszym ciągu przemawiali: koll. Uhma, Hojnacki, Kwiatkiewicz, Szulisławski, Fels i prelegent

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

I.

Jeżeli zarys stosunków lekarskich w jakiemkolwiek mieście uniwersyteckiem może być pożytecznym dla dopytującego przed wyjazdem o wskazówki, a łatwym dla tego, który je daje, to żadną miarą nie można tego powiedzieć o Paryżu. Swiat uczniów i profesorów nie jest tu wprawdzie tak odrębny, jak w Anglii; jednakże posiada sporo cech miejscowych, których nie widząc, nie można zrozumieć, a więc i próby opisywania tych znamion nie doprowadzą do celu; organizacya nauki lekarskiej nie jest wprawdzie tak zawikłana, jak za kanałem, niemniej jednak zbyt od naszej różna, nietyle w formie, ile w treści, by można z lekkiem sercem załatwić się z nią w kilkunastu ogólnikowych frazesach; nie zdaje mi się też, by wielka wynikała korzyść z opisu mniej lub więcej szczegółowego kilku zakładów lub klinik, które tu obecnie mniejwięcej podobne do tego, co się spotyka gdzieindziej. Zresztą, chcąc iść tą drogą, należałoby wspomnieć przynajmniej o wszystkich ważniejszych oddziałach, o wszystkich przynajmniej najwybitniejszych ich kierownikach; a skoro tu las prawdziwy szpitali i roi się na targu ludzkim od znakomitości różnej miary i pokroju, to należałoby wypisać chyba cały tom wskazówek i opisów; trud to zresztą niepotrzebny, gdyż istnieją osobne „podręczniki“, mogące oddać niejedną przysługę przybyszowi, byleby ich dane, niezawsze dokładne, zechciał sobie uzupełnić na własną rękę [1]), i byleby wiedział, z czem i poco przybywa. Ci, którzy to wiedzą, nie potrzebują szukać wyjaśnień w przygodnej mojej korespondencyi, a gdyby nawet źle trafili z początku, to o poprawę nie trudno, mając do wyboru po kilka lub nawet kilkanaście instytucyj, i to nie tylko w praktycznych, ale i w tak zwanych teoretycznych działach naszej nauki. Kogo nie zadowolnią, niezbyt świetnie zresztą urządzone, pracownie wydziału lekarskiego, ten może szukać przytułku w zbytkownych, prawie z przepychem we wszystko wyposażonych, licznych salach wydziału przyrodniczego w nowym gmachu Sorbony, a przedewszystkiem, w dziale nauk biologicznych, w Zakładzie Pasteura, w którym przepełnienie i brak miejsca wzrastają z roku na rok, świadcząc wymownie o korzyściach, jakie zapewnia i poziomie, na którym stoi ta instytucya. Zakład Pasteurowski ma dla każdego, kto w nim pracować pragnie i... może, wielką zaletę, nie wszędzie tu spotykaną; z jednej strony bowiem łatwiej w nim, niż gdzieindziej, znaleźć kierownika, który zada sobie trud zajęcia się przybyszem, a nie odmawiając rad, wiedzą swoją i doświadczeniem stoi na straży kierunku i sposobu badań; z drugiej zaś strony nietrudno znaleźć młodszego towarzysza, który w podobnych zagadnieniach pracował lub pracuje i drogą zamiany w niejednem może być pomocnym, a zarazem sporą garść ludzi, idących pokrewnemi drogami i wspierających się nader pouczającą wymianą myśli na niedzielnych pogadankach, na których każde nowe, drukiem gdziekolwiek ogłoszone badania, i każde, toczące się w samym Instytucie poszukiwania znajdują echo w wyczerpującem sprawozdaniu i w wszechstronnej dyskusyi. Dla określenia wartości tych pogadanek dość powiedzieć, że przewodniczy im Duclaux, a choć prawie każdy z kilku tuzinów uczestników głos zabiera, to jednak najczęściej słychać krytyczne uwagi Rouxa i Miecznikowa. Jedyną wadą Instytutu zdaje się być brak pracowni chemicznej. a przynajmniej niedostateczne jej rozmiary i wyposażenie [2]), wskutek czego niekiedy muszą pracujący w tym dziale szukać gościnności poza murami zakładu, bądź u wydziału przyrodniczego, bądź lekarskiego, zwłaszcza w pracowni Ogiera; ta ostatnia, zależąc podobnie jak „Morgue“, poczęści od władz miejskich, poczęści sądowych, a poczęści od uniwersytetu jest wskutek tego mniej może skrępowana, niż inne, podległe wyłącznie i nieodwołalnie jednej władzy, a posiadając w swej ustawie wyraźne wskazówki swego nietylko praktycznego, lecz i naukowego przeznaczenia, obfite środki, a przedewszystkiem nader uczynne kierownictwo, przedstawia bardzo wygodny warsztat pracy nawet poza granicami chemii sądowej i toksykologicznej. Dla wyjaśnienia nadmienić wypada, że zakład sądowo-lekarski w tem znaczeniu, jak w innych krajach, tu nie istnieje. O ile to dotyczyło sekcyj sądowych, wydział lekarski miał i dawniej, jak dziś, w częściowem władaniu słynną „Morgue“, która zresztą, jak to oddawna już tu żądają, powinnaby być znacznie rozszerzoną i przerobioną; dziś bowiem, mimo podjętych przed kilkunastu laty ulepszeń, jest za ciasna, a oprócz znanych przyrządów zamrażających, posiada dużo braków, choćby ową niewielką salę wykładową, która niedaleko odbiegła urządzeniem od dawnego prosektoryum anatomii patologicznej w Krakowie. Dopiero wskutek sprawozdania prof. Brouardela o zakładach zagranicznych. (1878), utworzono dzisiejszą pracownię toksykologiczną i chemiczno-sądową, a zarazem sądowo-lekarską w r. 1883. Ponieważ wybór kierownika pracowni, mającego zupełną samodzielność, zależy od profesora medycyny sądowej, dziekana wydziału i inspektora lekarskiego „Morgi“, te trzy zaś stanowiska chwilowo złączone są w jednej osobie prof. Brouardela, przeto związek pracowni z uniwersytetem jest dość luźny, dziś zaś nieco ściślejszy tylko dzięki wspomnianej „unii personalnej“. Pozwoliłem sobie wspomnieć o tem, jako o jednej z osobliwości tutejszych urządzeń uniwersyteckich; drugą taką jest n. p. brak prosektoryum anatomii patologicznej. Jest ich wprawdzie tyle, co szpitali, jednakże żadne nie należy i nie zależy od wydziału lekarskiego, a prof. Cornil musi najczęściej zadowolnić się zwłokami zmarłych na oddziale chorób wewnętrznych, którym kieruje w „Hôtel-Dieu“. Wydział lekarski rozporządza tylko materyałem dla sal anatomii opisowej i topograficznej, zresztą wybornie urządzonych i zapewniających słuchaczom wiele korzyści, dzięki niezmiernej liczbie prosektorów i ich pomocników, kierujących ćwiczeniami; usiłowania pokrzywdzonej anatomii patologicznej, aby uzyskać obfitszy materyał naukowy, natrafiły u ciał ustawodawczych przed laty na nieprzełamany opór, który prof. Cornil żartem odnosi do lekarzy szpitalnych, obawiających się kontroli.. Studenci, o ile nie mają chęci opuszczać klinik dla sekcyi, widzą najczęściej tylko narządy, przyniesione na wykład; zdaje mi się, że cierpią na tem tembardziej, ponieważ w niektórych szpitalach niema zawodowo wykształconych prosektorów, a sekcye spoczywają w rękach kształcących się dopiero „internów“. Nieco lepiej jest z histologią patologiczną; zwłaszcza dla przybysza, niechcącego oddalać się od szpitala, w którym pracuje, wielką wygodą i pomocą są mniej więcej dobre pracownie histologiczne, znajdujące się prawie przy każdym oddziele szpitalnym, rozporządzające właśnie tym materyałem, na którym może zależeć, a kierowane zwykle przez ludzi, niezgorzej z danem działem obeznanych, lub nawet niekiedy dzielnych znawców przedmiotu. Pewną korzyść zapewniają też zbiory okazów makroskopowych po szpitalach; wogóle jednak nie są one zbyt bogate i zbyt dobrze zachowane, może dlatego, że bardzo ulubione są tu „moulages“, zresztą wyborne, ale których miejsce chętniej widziałoby się zajętem przez dobre okazy naturalne. Wyjątku nie stanowi nawet (przechwalone potrosze) muzeum Dupuytrena, odznaczające się jednak bardzo bogatym zbiorem zmian układu kostnego.

Pracujący w działach praktycznych znajdą natomiast dogodniejsze warunki, nietylko dlatego, że kliniki w wielkim stylu nie przygłuszyły dotąd we Francyi rozmaite rozwielmożnione dzisiaj drobiazgowe badania, ale także dlatego, że

[1]) Najwięcej znane z tych »Guide médical« są: wydany przez »Présse médicale« (1 frank), mimo uzupełnień przestarzały; dalej przez »Indépendence médic.« (3 fr.); i tak zw. »Numero des Etudiants«, wydawany w jesieni przez »Progrès médical« (60 cent.). Ten ostatni, choć najtańszy, jest jednak najlepszy; lecz i w nim także zdarzają się niedokładności i błędy.

[2]) Dopiero za dwa lata ma stanąć osobny, obszerny budynek dla chemii biologicznej.

w każdej gałęzi klinicznej jest się dokąd zwrócić, jest w czem wybierać, a nawet wpaść można w „embarras de richesse“. Nie mówię tu oczywiście o klinikach tak szczególnie wyspecyalizowanych, jak n. p. klinika Guyona, lub o nazwiskach tak głośnych, jak Fourniera, obok którego wszyscy inni tutejsi syfilidolodzy zdają się stać w cieniu[3]). Ale wziąwszy na przykład choćby choroby narządów wewnętrznych, należałoby wymienić; obok kliniki starego prof. Jaccouda w „Pitié“; klinikę Ferneta w „Beaujon“, Robina w „Pitié“, Potaina w „Charité“, Hayema w „St. Antoine“. Dieulafoya w „Hôtel-Dieu“, Merklena w „Läennec“, nie mówiąc już o oddziałach szpitalnych, na których niema regularnych wykładów, ale którymi kierują mniej lub więcej znani zawodowcy, a niekiedy bardzo wybitne jednostki, jak Bouchard, („Charité“), Achard lub Brault („Jenon“), Gilbert („Broussais“), Huchard i Rendu („Necker“), Widal („Maison municipale de Santé“) i dziesiątki innych, mniej głośnych. To samo spotyka się w zakresie chorób dzieci, żeby wymienić tylko nazwiska Granchera, Combyego, Hutinela; to samo w chorobach umysłowych, gdzie trzeba wybierać między Magnanem, Jouffroyem, Seglasem, Férém, a ktoby chciał szczególnie badać idyotyzm i kretynizm, ma do rozporządzenia oddziały takich znawców przedmiotu, jak Juliusz Voisin i Bourneville, mając w tych działach do pomocy wykłady znakomitego Ribota w „Collége de France“. Nie inaczej ma się rzecz z chorobami układu nerwowego, bo tradycye Charcota nie zamknęły się w samej tylko dawniejszej jego klinice, obecnie kierowanej przez Raymonda; w samej już nawet „Salpetrière“ działa obok niego Déjerine, wykładając w sali, stale przepełnionej słuchaczami medycyny, co stanowi pewien kontrast z urzędowemi prelekcyami wydziału lekarskiego, odwiedzanemi w niemałej mierze przez publiczność nielekarską; niemniej ulubionemi przez studentów, a szczególniej cenionemi przez lekarzy są sobotnie lekcye Babińskiego, odbywające się na jego oddziele w „Pitié“. Oddziały szpitalne, poświęcone wyłącznie lub przeważnie chorobom nerwowym, prowadzą jeszcze Ballet, Brissaud, Janet, Gilles de la Tourette itd. Podobne bogactwo istnieje i we wszystkich działach najszerzej pojętej chirurgii, o czem zresztą wspominać nie do mnie już należy.

Dla świadomych celu przybyszów ta łatwość wyboru jest tem wygodniejsza, że swoboda uczenia się jest tu pod pewnym względem bezprzykładna. Prócz bardzo niewielu wykładów (n. p. kursów medycyny sądowej) wszędzie ma tu każdy wstęp wolny; u wejścia do sal nikt nie pyta o legitymacye, a profesorowie wydziału lekarskiego przyzwyczaili się widać do tego, że większa część ław zapełnioną jest najróżnobarwniejszą zbieraniną wszystkich warstw i stanów (zwłaszcza w zimie, gdy ciepło sal przyciąga na spokojną drzemkę sporo bezdomnych włóczęgów), skoro nieraz w wykładzie zdarzy się aż nadto przejrzysta aluzya do współczesnych stosunków politycznych lub prądów społecznych, lub żarcik, obliczony na łatwy efekt u lubiącego się śmiać paryskiego tłumu. Na tak zw. „consultation externe“, czyli poradę dla chorych przychodnich, zwłaszcza słynniejszych lekarzy szpitalnych, można wejść bez kłopotu, a to samo i na wiele sal klinicznych; o wchodzącego nikt się nie zatroszczy nawet, wiedząc dobrze, że mało który z przychodniów przeszkodzi mu w gorączkowem jego zajęciu przedstawianiem się, które mało gdzie jest potrzebne. Nie na wiele ono zresztą się przyda; przeważnie, po wymianie kilku grzeczności, zostawia się przybysza jego losom, bo zająć się nim niema czasu. Gdzie mniejszy ruch chorych i gości, tam przeciwnie spotykasz się z wyszukaną, w krwi francuskiej podobno tkwiącą, uprzejmością, oglądasz wszelkie szczegóły oddziału i zatrzymujesz się przed każdym ciekawszym przypadkiem, mogąc liczyć na niewyczerpaną cierpliwość i gotowość do objaśnień swego przewodnika, bylebyś nie przedłużał zanadto, lub co gorsza, nie powtarzał, zamachu na jego drogi czas. Ztąd też, o ile ktoś pracując w dobrze już sobie znanej gałęzi, może, posiadając odrobinę przedsiębiorczości, liczyć na ogromne korzyści naukowe, o tyle dla początkujących mało tu miejsca, a dużo trudności. Gdzieniegdzie tylko (n. p. w szpitalu Neckera na oddziele Guyona, lub do pewnego stopnia w klinice Raymonda) istnieją mniej więcej dobrze zorganizowane kursa pomocnicze, w systematyczny sposób prowadzone, których bez liku po niemieckich uniwersytetach. Zresztą wszystko zostawione samodzielności nowicyusza, bez względu na to, czy to student paryski, „intern“ szpitalny, lub przybywający „na studya“ cudzoziemiec; i słusznie zauważył jeden z moich w Paryżu poprzedników, że niema tu pola dla tych, których trzeba prowadzić za rękę. Pomijając trafność tej uwagi odnośnie do ogólnego charakteru tutejszych studyów lekarskich, pisać się muszę także na nią zupełnie, o ile dotyczy przybyszów, a utwierdza mnie w tem zdaniu jednego z kolegów, który od lat kilku stykając się ciągle z cudzoziemcami, przybywającymi na klinikę Guyona i znając gruntownie tutejsze stosunki, wyraził żal i zdziwienie, że niejeden z Polaków przybywa z kraju z tak małym zapasem wiadomości specyalnych. Pomimo istniejących na klinice Guyona kursów pomocniczych, nie podobna liczyć na znaczniejszej korzyści naukowe, jeżeli się jest w danym dziale nowicyuszem, a tak samo, lub gorzej, jest gdzieindziej; każdy kto sam sobie musiał szukać drogi na mniej znanym terenie, oceni łatwo, ile energii i czasu traci się wówczas niepowrotnie na drobnostki, jeżeli ich nikt nie wskaże, zanim się wejdzie w tor właściwy. Ażeby tego uniknąć, nie koniecznie trzeba płacić drogie kursa wszechnic niemieckich; i u nas w kraju podobno nie ma działu, któregoby się doskonale nie można poduczyć, zanim go się tu przyjedzie uzupełniać na bogatszym, niż gdziekolwiek, materyale klinicznym. Nie wiem, dlaczego nikt dotąd nie zwrócił uwagi na ten szczególny rys stosunków paryskich; zdaje mi się jednak, że warto podnieść go śmiało i otwarcie, a może mniej będzie zawodów i rozczarowań z jednej, nieszczerości lub milczenia z drugiej strony, jeżeli się zapisze, czego w Paryżu znaleść nie można. Należy dodać, że nawet dla dobrze obeznanego z pewnym działem studya paryskie wymagają więcej znacznie czasu, niżby się na pozór, sądząc z obfitości materyału, zdawać mogło. Nieprawdą jest, żeby ktoś odniósł rzeczywistą korzyść z pobytu w Paryżu przez parę tygodni, jak również, żeby wystarczyło zaglądnąć tu i owdzie, pomyszkować trochę w tym lub owym oddziele. Przeszkadza temu właśnie obfitość materyału, w której ginie odsetek rzeczy ciekawych i szczególnie widzenia godnych, nie większy tu, niż gdzieindziej i do którego trzeba brnąć przez całe mnóstwo szczegółów mało zajmujących, codziennych; przeszkadza temu też rozwleczenie wykładów na długi okres czasu, gdyż nikt prawie nie wykłada tu częściej, jak dwa razy na tydzień; a choć, zmieniając wykłady, można cały tydzień nie wychodzić z jednego działu, to jednak niepodobna też i ze względu na wielkie odległości i ze względu na zbiegające się wszędzie godziny, odwiedzić przedpołudniem więcej, niż jeden zakład czy oddział. Popołudnia zajmują same prawie wykłady teoretyczne i ćwiczenia w pracowniach, a prawda każe przyznać, że te popołudniowe wykłady przeważnie są istotnie suchą teoryą, nie objaśnioną najczęściej nawet rysunkami, które musi zastąpić żywość i barwność słowa. O rozległości materyału zaś, oczywiście przedewszystkiem klinicznego, mówi n. p. zaludnienie przytułków („hospices“), mieszczących w sobie prawie wszystkie oddziały chorób umysłowych i nerwowych. „Bicêtre“ ma 1770 łóżek dla starców i kalek, 1113 łóżek dla obłąkanych i padaczkowych, łącznie z idyotami; trzy oddziały dla chorób nerwowych w szpitalu św. Antoniego liczą razem około 250 łóżek; „Salpêtrière“ ma 3735 łóżek, z tego 724 dla obłąkanych itd.; tak zw. „Asile clinique“ dla obłąkanych mieści 911 łóżek itd. Kto ma ochotę, niech dodaje. Te same ogromne liczby spotyka się, licząc łóżka położnicze, ginekologiczne, chirurgiczne itd. Dzięki też temu, że miejsca w szpitalach wobec tego nie brak, widzi się tu w szpitalach mnó-

[3]) W samym Paryżu uchodzi obecnie za największą powagę Besnier.

stwo przypadków chorobowych lżejszych, oraz cierpień przewłocznych, których nasze ciasne szpitale przyjmować nie mogą i tem sobie chyba trzeba tłómaczyć, dlaczego n. p. padaczka lub histerya doczekały się naprzód we Francyi wyczerpujących badań, możliwych tylko w spostrzeganiu szpitalnem. Te tłumy chorych, zaludniających olbrzymie gmachy szpitalne i cisnących się po poradę w godzinach „consultation externe“, mają także złą swoją stronę dla postępu nauk lekarskich, gdyż lekarze szpitalni są pracą przeciążeni zwłaszcza, że liczba ich wydaje mi się bardzo niedostateczną; na duży, do stu łóżek obejmujący oddział, przypada nieraz oprócz lekarza naczelnego jeden tylko „intern“, a że takimi „internami“ są starsi studenci przed uzyskaniem stopnia doktorskiego, przeto chyba nie zawsze dorastają do swego zadania, a przygotowanie „tezy“, ciążące nad nimi jak miecz Damoklesa, chyba nie przysparza im czasu na zajęcia szpitalne. Prawda, że niejeden z nich zapowiada wielkie nadzieje i że lekarzami naczelnymi są zazwyczaj dzielne jednostki, które zdołały przetrzymać klęskę niesłychanej liczby „konkursów“, uważanych tu zresztą za złe konieczne i mających wszelkie dane utrzymania się mimo dążności reformatorskich, kierowanych między innymi przez znanego prof. Letulla; ale z drugiej strony gra wielką rolę właściwa Francuzom przenikliwość i chęć zbyt szybkiego może uogólniania, z czego wynika, że badanie chorych i rozpoznawanie nieraz robi — na mnie przynajmniej — mimo doświadczenia, jakie można nabyć przy tak ogromnym materyale, wrażenie czegoś bardzo pospiesznego. Jak się zaś tu dzieje z nowoczesnem postępowaniem chirurgicznem, o tem zbyt dobitnie i zbyt wyczerpująco zdał przed paru laty sprawę kol. Rosner, abym cokolwiek potrzebował dodać do jego opisu. Zdaje mi się, że główna wina owego pewnego lekceważenia antyseptyki i aseptyki, leży nietylko w braku pedanteryi, właściwej Niemcom, ale także w pośpiechu. Każdy tu przeciążony nietylko pracą szpitalną, ale spieszy się zapewne także w pogoni za groszem, która dziś we Francyi tak wybitne na społeczeństwie wyciska piętno. Nie przeszkadza to jednak wcale temu, że zewnętrzne formy etyki lekarskiej są bardzo ostre; o reklamie lekarskiej, jeżeli gdzie, to tu nie ma mowy; nawet proste ogłoszenie swego nazwiska i godzin przyjęcia w dziennikach, u nas powszechnie przyjęte, tu bardzo źle jest w kołach lekarskich widziane; a jeżeli spotyka się szumne afisze we wnętrzu gęstych kiosków, to są one dziełem szarlatanów, obliczonem na łatwowiernych i trwożliwych cudzoziemców, lub sprawą wyrzutków społeczeństwa lekarskiego, których nigdzie nie braknie. Tutaj różnią się oni od innych podobnych tem tylko, że nie ściga ich żadna władza i że ich jest mniej, niż gdzieindziej, bo wszędzie powtarza się jakichś sześć czy osiem osławionych nazwisk.

Dr. Ciechanowski.

VIII. **Wiadomości bieżące.**

Kraków 9 Czerwca.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1—3 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami:

102) Dr. Leszczyński: „O zatruciu środkami znieczulającymi“. 103) Dr. Dzierzawski: „O znieczuleniu miejscowem przy wyrywaniu zębów“. 104) Dr. Oderfeld z Warszawy: „O chirurgicznem leczeniu wypadnięcia prostnicy“. 105) „O przepuklinach zgorzelinowych“. 106) Dr. Kociakiewicz z Warszawy: „W sprawie leczenia zranień śledziony“. 107) „W kwestyi leczenia zwężeń bliznawych przełyku. 108) Dr. Steyner z Warszawy: „Przyczynek do laparotomii przy niedrożności jelit“. 109) „O urazowem zwężeniu cewki“. 110) „O *appendicitis*“. 111) Dr. Solman z Warszawy: „W sprawie leczenia niedrożności jelit“. 112) „W sprawie chirurgicznego leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego. 113) Dr. Grabowski z Warszawy: „Masaż przy leczeniu wyrostka robaczkowego“. 114) Dr. Sławiński z Warszawy: „O żylakach w ogóle“. 115) Dr. Sawicki Bron. z Warszawy: „O ropniach podprzeponowych“. 116) „Z kazuistyki guzów szyi“. 117) Dr. Grosglik z Warszawy: „O leczeniu zwężeń urazowych cewki“. 118) „W sprawie leczenia po kruszeniu kamienia“. 119) Dr. Zurakowski Witold z Warszawy: „Z kazuistyki samoistnych zgorzeli skóry“. 120) Dr. Przyborowski Adam z Warszawy: „Zranienia przewodu piersiowego“. 121) Dr. Krajewski z Warszawy: „O zapaleniu wyrostka robaczkowego“. 122) Dr. Peszke z Warszawy: „Dwa najdawniejsze cięcia cesarskie, zrobione w Polsce“. 123) Dr. Bączkiewicz Jan z Warszawy: „Ząbkowanie, jego rola w patologii wieku dziecięcego“. 124) Dr. Kosmowski z Warszawy: „Rezultaty badań rozwoju fizycznego dzieci warszawskich“. 125) „O przekłóciu lędźwiowem“. 126) Dr. Kramsztyk Julian z Warszawy: „*Erythema scarlatiniforme recidivans*“. 127) Dr. Kraushar Maksymilian z Warszawy: „Kilka słów o krzywicy w Warszawie“. 128) „Epidemia tężyczki samoistnej w Warszawie“. 129) p. Dr. P. Szczawińska z Paryża: „W kwestyi budowy komórek nerwowych“ 130) Prof. Dr. Kostanecki z Krakowa: „O procesie dojrzewania i zapłodnienia jajka u *Cionia intestinalis* i *Thysanozoon Brocchi* (wedle badań p. S. Gólskiego i F. Toczyskiego). 131) „O zasadniczej jednolitości procesu zapłodnienia u zwierząt bezkręgowych i kręgowych“. 132) „O mechanizmie podziału ciała komórkowego i t. n ciałkach międzykomórkowych“. 133) „Morfologia *centrosomów*“. 134) „Morfologia plemnika“ (wedle badań p. E. Godlewskiego *jun.*). 135) Dr. Flaum M. z Warszawy: „Samozakażenia pochodzenia kiszkowego w etyologii zapalenia nerek“. 136) Dr. Dydyński z Warszawy: O zatruciach pokarmami mięsnymi“. *Botulismus, Ictyolismus et Mytylismus*“. 137) Dr. Luxemburg z Warszawy: „Morfologia i fizyologia komórki nerwowej“ (praca doświadczalna). 138) „Leukocytoza w nerwicach czynnościowych“. 139) Dr. Brunner Mikołaj z Warszawy: „O zastósowaniu promieni Roentgena do dyagnostyki“. 140) Dr. Nencki Leon z Warszawy: „O potrzebie ustanowienia norm przy badaniu materyałów spożywczych“. 141) Dr. Palmirski z Warszawy: „Z dziedziny seroterapii“. 142) Dr. Bregmann: „W kwestyi rozsianego zapalenia nerwów“. 143) Dr. A. Bochenek z Krakowa: „Budowa przedmóżdża salamandry plamistej“. 144) Przyczynek do budowy przysadki mózgowej (*hypophysis cerebri*“). 145) Jednostronny zupełny brak ucha zewnętrznego“. 146) Dr. Jerzykowski z Poznania: „O ropnem zapaleniu opon mózgowych u ssawców“. 147) „Kazuistyczny przyczynek do etyologii okrągłych wrzodów żołądkowych“. 148) Dr. H. Święcicki: „O torbielach moczownika“. 149) „Prawo peryodyczności w życiu kobiety“. 150) Dr. B. Kapuściński z Poznania: „Pneumoterapia podług Steinhofa“. 151) „*Albuminuria cyclica*“. 152) Radca Dr. Zielewicz z Poznania: „Guzik (button) Murphyego, jako surogat szwu jelitowego“. 153) „Jakie konsekwencye praktyczne wolno wywnioskować z dotychczasowej statystyki niemieckiej w kwestyi narkozy“. 154) „Zalety metody Kocherowskiej (Verlagerungsmethode) przy doszczętnem usuwaniu przepuklin“. 155) Dr. Rutkowski z Krakowa: „O plastyce pęcherza moczowego“. 156) Dr. Grodzki z Poznania: „O nowszych sposobach leczenia krzywicy“ 157) Dr. A. Tomaszewicz-Dobrska z Warszawy: „Postępy w rozwoju fizycznym dzieci przez czas ich pobytu na koloniach letnich“. 158) Dr. J. Sędziak z Warszawy: „O stosunku laryngo-rynologii oraz otiatryi do ogólnej medycyny, oraz o stosunku chorób nosa resp. noso-gardzieli do usznych i ocznych zaburzeń“. 159) „O gośćcowych (reumatycznych) cierpieniach nosa, gardła i krtani“. 160) Ingarden z Krakowa: „O nowej kanalizacyi Krakowa“. 161) Prof. Dr. Bol. Wicherkiewicz z Krakowa: „O nowym sposobie operowania odwinięcia powieki mięsakowego *Ectrop. sarcomatosum*“. 162) „O niezwykłej postaci zapalenia rogówkowego“. 163) Dr. St. Badzyński z Krakowa: „O zachowaniu się w organizmie

zwierzęcym szeregu eterów złożonych kwasu salicylowego" (ciąg dalszy badań ogłoszonych). 164) Dr. W. Humnicki z Krakowa: „O hipokoprosterynie". 165) Radca Dr. Fr. Chłapowski z Poznania: „O niektórych skamielinach osobliwszych, zachodzących w pośród *diluvium* poznańskiego". 166) „Przyczynek do górnojurajskiej fauny kujawskiej w Poznańskiem". 167) „Leczenie stenokardyi kąpielowe, — na mocy szeregu obserwacyj w Kissingen". 168) „O częstości przemijającego rozszerzenia źrenicy, wskutek zaburzeń kanału pokarmowego". 169) „O niewspomnianem dotąd uszkodzeniu zachodzącem często u kobiet, ćwiczących się w jeździe na kole".

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło d. 1 czerwca posiedzenie zwyczajne, na którem kol. dr. Lewkowicz przedstawił dwa rzadkie przypadki chorobowe z kliniki pedyatrycznej; kol. prof. Browicz miał wykład: O zjawiskach krystalizacyi komórki wątrobnej i o pochodzeniu melaninu w nowotworach barwikowych.

(O. B.) W krakowskim Zakładzie szczepień ochronnych przeciw wodowstrętowi w roku bieżącym leczono: w miesiącu styczniu osób 18, w lutym 16, w marcu 15, w kwietniu 40, w maju 31, razem osób 120.

W tej liczbie: 1) pokąsanych przez zwierzęta, których wściekliznę stwierdziły próbne szczepienia ich mózgu królikom pod oponę twardą, osób 17; 2) przez zwierzęta, których wściekliznę wykazała sekcya weterynarska, osób 74; 3) przez zwierzęta, podejrzane o wściekliznę, osób 28; 4) przez psa, który gryzł się z psem wściekłym 1, razem osób 120.

Z leczonych zmarła na wodowstręt jedna osoba, silnie pokąsana w głowę.

Zanim podamy bliższe szczegóły o działalności Zakładu szczepiennego, za ubiegające pięciolecie, zaznaczyć należy widoczne z roku na rok powiększanie się liczby osób pokąsanych i leczonych, oraz wzrastające zaufanie lekarzy i ludności do tego sposobu. Zaufanie okazuje się w tem, że zgłaszają się coraz częściej osoby ukąszone, lecz niewątpliwie niekwalifikujące się do leczenia, celem tylko porady. Zaznaczyć również należy, że środki materyalne i pomieszczenie Zakładu coraz bardziej są niewystarczające i wkrótce potrzebie zupełnie odpowiedzieć nie zdołają. Sześćset złr., jakie przyznał Wydział krajowy na ten cel, jest zaledwo częścią kosztów, potrzebnych na utrzymanie Zakładu. Wiadomo przytem powszechnie, że pokąsanymi bywają najczęściej ci, co pieszo, a w dodatku często i boso, chodzą, a więc nie tylko na leczenie nie mają, ale często na utrzymanie i koszta podróży im nie wystarcza; skutkiem czego nieraz Zakład nie jest w stanie zadowolnić tych wszystkich potrzeb i sam się w finansowych kłopotach znajduje.

Gminy i władze, wysyłające pokąsanych do szczepienia, zwykle dają im na drogę tak mało, że nawet na podróż powrotną nie wystarcza.

* Dziekan Wydziału lekarskiego Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posady trzech asystentów przy klinice położniczo-ginekologicznej, z płacą roczną po 600 złr.

Pierwszeństwo mieć będą kandydaci, którzy wykażą się praktyką w klinice chirurgicznej, lub w oddziale chirurgicznym i posiadają biegłość w badaniach histologicznych. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego, do dnia 1 lipca, 1898 roku.

(r.) Wiedeńska Izba lekarska powzięła w sprawie techników dentystycznych i wykonywania praktyki dentystycznej następujące uchwały: 1. Ponieważ technika dentystyczna jest nieodłączną częścią dentystyki, dlatego technicy dentystyczni mogą istnieć tylko jako pomocnicy dentystów. 2. Technikom wzbronione jest wykonywanie zabiegów w jamie ust człowieka. 3. Nie należy na przyszłość wydawać koncesyi technikom. 4. Dentystą może się nazywać tylko lekarz, który odbył jednoroczną praktykę u dentysty, lub w zakładzie dentystycznym. 5. Obecnie już koncensyonowanym technikom wzbronić należy utrzymywania gabinetów ordynacyjnych, narzędzi operacyjnych i leków.

(r.) (Higiena w wagonach kolejowych). Postanowieniem z dnia 23 kwietnia 1898 r. zarządziło Ministeryum kolei żelaznych, aby w wagonach umieścić ogłoszenie, zwracające uwagę, że nienależy pluć na ziemię. W wagonach, którymi jeżdżą chorzy na choroby płucne do miejsc kąpielowych, umieścić spluwaczki, nadto w wagonach III klasy zmywać posadzkę 5% kw. karbolowym.

(r.) Celem uniknięcia przydarzających się pomyłek w ekspedycyi lekarstw, ministeryum, rozporządzeniem z dnia 18 maja b. r. poleca aptekarzom utrzymywanie środków silnie trujących (objętych w farmakopei tabl. I i II) w naczyniach z szlifowanymi korkami szklanymi w postaci krzyża, z trwałym napisem czerwonemi literami i z wyrytą na korku dawką maksymalną. Przy wydawaniu lekarstw stronom ma być zachowany ten przepis, aby lekarstwa, przeznaczone do użytku wewnętrznego, nosiły etykietę białą, do użytku zaś zewnętrznego czerwoną. W rozporządzeniu tem znajduje się także polecenie dla lekarzy, aby, o ile możności, niezapisywali na jednej recepcie lekarstw do użytku wewnętrznego i zewnętrznego, lecz czynili to na dwóch osobnych kartkach; dalej, aby określali w sygnaturze szczegółowo przeznaczenie lekarstwa, a unikali oznaczenia: »wiadomo«.

* Przeszczepienia jajników, z dodatnim wynikiem, dokonał Grigoriew na samicy królika. Jajniki przeszczepione zachowały prawidłową budowę i biologiczne własności. (»Przegląd weterynaryjny, Nr. 6).

* W Mozartowskiem muzeum w Salzburgu jest rysunek, przedstawiający najdokładniejszy obraz ucha Mozarta, a obok rysunek drugi będący wzorem anatomicznym ucha prawidłowego. Ucho Mozarta odbiega od przeciętnego pierwowzoru ucha ludzkiego swą szerokością, szerokim przyczepem do skóry czaszki; obwód jego stanowi linia elipsoidalna, bez wcięcia przy płatku (lobus); brak mu przytem przeciwskrawka (antitragus), oraz innych znamion właściwych ludzkiemu uchu prawidłowemu, a natomiast są wszelkie cechy ucha antropoidów. Szczegóły te podaje w »Deutsche med. Woch.« (Nr. 22) docent królewiecki Gerber, potrochę wyrażając zdumienie, że niekształtne, poprostu małpie, ucho Mozarta mogło być narządem tak wysoce wrażliwego, a artystycznie tak doskonałego jego słuchu.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell otrzymali: Stefan Horoszkiewicz, Tadeusz Merunowicz, Alojzy Szatkowski i Henryk Silbinger.

Nekrologia. Zmarli: Dr. H. Leiblinger, lekarz miejski, zmarł w Brodach.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Z. 10: Dra Noiszewskiego K.: Bezwład wzrokowy i jednoczesne wielowidzenie. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 6: Kamieńskiego St.: Gimnastyka a zdrowie. Dra Higiera: W kwestyi etyologii i istoty nerwic czynnościowych (dok.). Młodszego: Przeszkody. Dra Ramoszyńskiego: Błędne zastosowanie nauki lekarskiej. Paszkowskiego M.: Polemika. W *Medycynie* Nr. 23: Downarowiczowej E.: Przypadek choroby Erba (dok.). Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 23: Janowskiego Wł.: O potrzebie jednolitego określania siły jadu błonicowego we wszystkich europejskich fabrykach surowicy przeciwbłoniczej. M. Nenckiego, N. Sieberowej i E. Szumow-Simanowskiej: Odtruwanie toksyn za pomocą soków trawiennych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 15-go Czerwca, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum", w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kolega Dr. M. Rutkowski: przedstawi chorego, operowanego w klinice chirurgicznej z powodu: *Ectopia vesicae*.

2) Kol. Docent D. Łepkowski: przedstawi chorego z obturatorem, pokrywającym ubytki w jamie ustnej, powstałe z powodu postrzału kulą.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 18. Czerwca 1898. Nr. 25.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Gabryel Ayala o kile.

Podał

Dr. Leopold Glück,

radca sanitarny i prymaryusz szpitala krajowego w Sarajewie.

Zbierając przed półtora rokiem w krakowskiej Bibliotece uniwersyteckiej materyały do rozprawki: „Przyczynek do historyi trądu w Polsce“ [1]), wpadł mi przypadkiem w ręce tomik, zawierający „Popularia epigrammata medica“ [2]) Ayali. Przy przeglądaniu go, zwróciły szczególniejszą moją uwagę dwa utwory wierszowane, tyczące się kiły, które, o ile mi wiadomo, uszły uwagi wszystkich badaczy, zajmujących się historyą literatury tej choroby mimo, iż z kilku względów zasługują, by je wygrzebać „z zapomnienia piasku“.

Wiersze te podaję niżej w łacińskim oryginale i w wiernym, o ile to było możebne, dosłownym przekładzie polskim.

Wiadomą jest rzeczą, że w XV i XVI stuleciu małą była liczba lekarzy, którzyby nie uważali kiły za chorobę zupełnie nową, przedtem jeszcze nie widzianą i nieznaną. Ucieszyło mnie więc bardzo, gdym znalazł, że klasycznie wysoko wykształcony, a przytem obdarzony poetyckim talentem autor „Epigramatów“, który żył w pierwszej połowie XVI wieku, podzielał zdanie Leonicena i Fracastora, którzy pierwsi twierdzili, że kiła jest chorobą, istniejącą od wieków. W pierwszym z niżej przytoczonych wierszy zarzuca Ayala całe szeregi cudackich nazw, któremi autorowie kiłę mienili i zatrzymuje tylko „morbus Gallicus“, jakie od dawna już miała. Czyż to nie jest nowym dowodem, wzmacniającym już dobrze i zkądinąd umotywowane twierdzenie Prokscha [3]), że istnienie tego miana ludowego dla kiły jest również jednym z dowodów wielkiego rozprzestrzenienia tej choroby, na długi czas przedtem, nim ku końcowi XV-go wieku, rzekomo jako cierpienie nagminne, wystąpiła?

Kto zna patologiczne pojęcia o kile i trądzie lekarzy w pierwszej połowie XVI-go wieku, nie zadziwi się, że Ayala jest przekonanym, iż siedziba właściwą kiły, jako choroby ogólnej ustroju człowieka, jest wątroba, której miąsz wskutek kiły staje się „słabym, suchym i zimnym“. Te same wywody i zapatrywania znajdujemy u wszystkich prawie pisarzy, nietylko w XVI, ale nawet jeszcze i w XVII wieku. Z chwilą jednakże, gdy Ayala opuszcza teorye i staje na pewnym gruncie praktyki i własnego doświadczenia, widzimy, że mamy do czynienia z umysłem jasnym i samodzielnym. Napomnienia jego, by lekarze nie wszystkie cierpienia skóry uważali za kiłę i by nie zalecali bez namysłu wcierania rtęci, napojów gwajakowcowych i morzenia głodem, musiały być bardzo na czasie, skoro rozważymy, że rozpoznawanie różniczkowe między chorobami skórnemi a kiłowemi, jeszcze z początkiem naszego wieku stało na bardzo nizkim stopniu.

Szczupłe wiadomości, jakie mamy dotychczas o życiu i działaniu Ayali, podane są w pierwszym tomie biograficznego leksykonu znakomitych lekarzy, wydanego w niemieckim języku przez A. Hirscha.

De lue Venerea.

Tu quoque Gallice morbe, meo donabere versu:
Sit dea si Nemesis non inimica mihi.
Pro titulo pugnent alii tristem'q Patursam [4]),
Syphilidemn'q vocent, Parthenope [5]) sive luem:
Saturnive senis tormentum [6]), Iramve Deorum:
Sive Pudendagram [7]), Cantabricumve [8]) probrum.
Non moror: a Cybeles populo, mihi nomen habebis
Gallicum; ab antiquo scilicet illud habes.
Luxuriem amplexus'q vagos, venererm'q negatam
Dum sequitur, poenas dat tibi turba salax.
Utque dat, olim etiam dedit, et sine fine datura est:
Quandiu erit petulans tantus ubique furor.
Nec novus in nostras iam nuper missus es oras:
Es vetus, id quamvis publica fama neget.
Quippe ex quo coepere homines contemnere summi
Jussa Dei, indignis ausibus, ultor ades.
Et cum Tesiphone, Alecto saevaque Maegera [9]),
Tempore ab illo hominum turpia facta notas.
Ac merito hoc nostro (quo non corruptius ullum)
Saeculo, inaudito vulnera more facis.
Nam quo non hodie perfricta licentia venit?
Quo non illecebrae? crimina, furta, doli?
Spurca libido, pudendus amor, lasciva'q vita
Te sine pene omnes sub sua signa trahant.
Nutricem esse gulam medicorum infamia vulgi est:
An non concubitus sordidus audit idem?

[1]) Przegląd lekarski, Nr. 14, 1897.

[2]) *Popularia epigrammata medica.* Ad Reverendiss. ac Illustriss. Cardinalem Granvellanum. Authore Gabriele Ayala, Doctore medica Antverpiae, ex officina Gulielmi Sylii, Typographi Regii. D. M. L. II. Cum Privilegio.

[3]) Proksch, J. K. Die Geschichte der venerischen Krankheiten II-ter Theil. Bonn 1895 p. 149 i n.

[4]) Tak nazwał Almenar kiłę. Bliższe wyjaśnienie daje Proksch w „Geschichte der venerischen Krankheiten. II-ter Theil pag. 151.

[5]) Jedna z trzech syren, które u Rzymian uosobniały pojęcie pokusy i uwiedzenia.

[6]) Odnosi się do astrologicznej „passio turpis Saturnina“, z którą niektórzy łączyli powstanie kiły w końcu XV go stulecia.

[7]) Tak nazwał kiłę Torella.

[8]) W miejsce dość często używanego „morbus Hispanicus“, albo też „morbus Castiliensis“.

[9]) Według Appolodora imiona Erynii, których było trzy, jak z Eurypidesa wiadomo.

Judex, approbrium, scrotatorum'q flagellum,
Salve adeo: in'que tuos utere iure tuo.
Ad castos, dubium'q thorum, vitamque perosos
Infamem, absque tuo vivere felle sinas.
Ni facias: te coget eo medicina salubris
Invitum: et stratum sub pede figet humo.

O zarazie wenerycznej. I ciebie chorobo galicka obdarzę wierszem swoim, jeśli bogini Nemesis nie będzie mi nieprzyjaciółką. Gdy inni sprzeczają się o miano i zowią cię smutną Paturszą albo Syfilis, zarazą Partenopy, męką starego Saturna i gniewem bogów, albo Pudendagrą, albo jeszcze Kantabryjskim hańby znamieniem, ja się nie waham: od narodu Cybeli posiadasz dla mnie nazwisko galickie, a masz go od dawien dawna. O ile podda się rozkoszy, zmiennym uściskom i nieczystej miłości, o tyle składać ci będzie żołdy brudna tłuszcza. A jak ci teraz składa, tak je składała niegdyś i bez końca składać musi, jak długo gdziekolwiekbądź tak pożądliwa chuć istnieć będzie.

Nie jesteś nową i niedawno w nasze strony zesłaną; owszem starą jesteś, choć temu przeczy głos ogółu. Gdyż skoro tylko ludzie poczynają lekceważyć rozkazy Boga, stawiasz się jako mścicielka na niegodnych śmiałków i Tezyfoną, Alektą i dziką Megerą znaczysz od dawna haniebne uczynki ludzi. I słusznie naszemu wiekowi (który więcej zepsuty niż którykolwiek inny) zadajesz w niesłychany sposób rany. Gdyż gdzie już nie dochodzi dziś nieokiełzane wyuzdanie? Dokąd nie sięgają pokusy, zbrodnie, oszustwa i intrygi? Nieczysta rozkosz, haniebna miłość i rozpustne życie, bez ciebie wszystkich by prawie zaciągnęły pod swe sztandary.

Hańbą dla ogółu, że rozpusta jest żywicielką lekarzy: ażali nieczysto spółkowanie nie słyszy tego samego? Sędzio, piętno i chłosto nałożników bądź w najlepsze pozdrowioną! Wykonuj swe prawo na swoich. Lecz czystym i nienawidzącym podejrzanego łoża i haniebnego życia pozwól żyć bez twego jadu. Jeśli jednak tego nie uczynisz, pokona cię uzdrawiająca medycyna i upewni grunt pod nogami na ziemi.

In morbi Gallici agnitione multos decipi.

Non mihi depascens ulcus, scabiesve pudenda,
Non dolor articulos et caput omne premens:
Ut neque foeda gonorrhea, aut jactura pilorum,
Tuberave aut maculae, quem cano morbus erunt.
Sed iecoris labefacta caro, cum frigore sicco,
Sordido ab amplexu, Cypria virgo, tuo.
Ni forte accubitu, aut contactu serpit in hepar
Corpore ab infecto, transitione duce
Scilicet huic monstro est praesens contagio: cuius
Interventu, alios, qua data porta subit.
Sic abit in prolem a patribus: sic perdit alumnum
Non raro nutrix improba, lacte sue.
Ad quocunque modo insinuet se tristis Erinnis,
Nutat in ambiguo, dum iecur inde gemat.
Ne mihi propterea, quicun'q es, ab ulcere foedo,
Aut scabie, aut alio stygmate, triste cane,
Syphilidemque statim clama in penetrale receptam
Corporis ab multos turpis hic error habet.
Sive lucrum: rerum sive ignorantia caecet:
Multorum crimen, Gallice morbe, subis.
Lichenas, Jonthes, Marpheam [1]), alphos'q lepras'q,
Psorasque, idque genus plurima, nube premis.
Sic quoque ad internos morbos commune catharri,
Et febris est nomen, res ubi nota parum.
Discite, gens Phoeboea, lues discernere signis
Haud dubiis, medica quatenus arte licet.
Mox sacros adhibite manus, aptam'q medelam
Porrigite: hanc morbus cognitus ultro dabit.

[1]) Morpheam.

Me nuper, quidam vir nobilis ordine equestri
Consuluit: scabie stabat onusta cutis.
Papula cum maculis foedis femur omne tegebat:
Et grave supplicium iam subiturus erat:
Nos nisi conspicuo demonstrassemus, ab ictu
Parthenopes illum non ea damna pati.
Non temere in morbis tentanda extrema, Galenus
Et prior Hippocrates, admonuere satis.
O infelices nimium, qui simplice psora
Aut scabie affecto corpore summa ferunt:
Mercuriiq litus, Guaiacique acris amara
Pocula, sudores, difficilem'q famem.

Wielu się myli w rozpoznaniu galickiej choroby. Choroby, którą opiewam, nie stanowi ani wrzód gryzący, albo wyrzut na częściach płciowych, ani uciskający ból członków i całej głowy, ani szkaradna rzeżączka lub wypadanie włosów, ani guzy i plamy, lecz jest nią tylko, wskutek twego nieczystego uścisku, dziewico cypryjska, osłabiony suchem zimnem miąższ wątroby.

Jeżeli się przypadkowo nie wpełznie do wątroby przez spółkowanie lub dotknięcie zarażonego ciała, to się tam dostaje przez przejście tego potwornego przyrzutu, za którego pośrednictwem wchodzi, jak przez otwarte wrota. Tak przechodzi z ojców (rodziców) na dzieci, tak nierzadko bezwstydna mamka gubi swojem mlekiem niemowlę. Lecz którąkolwiekbądź drogą smutna Erinnis się wśliźnie, waha się niepewna, póki nie jęczy wątroba.

Nie śpiewaj mi przeto smętnie, ktokolwiekbądź jesteś, dla szpetnego wrzodu, parchu lub innego znaku i nie wołaj zaraz, że kiła weszła wgłąb ciała, chociaż wielu się trzyma tego brzydkiego błędu. Częścią chęć zysku, częścią nieświadomość zaślepia. Obarczoną jesteś winami wielu, o chorobo galicka! Wysypki guzkowe, wągry, biały trąd, jakoteż białe plamy skórne, również łuszczyce i parchy i wiele innych tego rodzaju (wyrzutów) pokrywasz obłokiem.

Zwykło się mianować wewnętrzne cierpienia nieżytem i febrą, których istota nie jest dostatecznie znaną.

Ucz się plemię Febusa rozpoznawać zarazę po nieomylnych znakach, o ile to jest możebnem w sztuce lekarskiej. Prędko przyłóżcie wasze uświęcone ręce i dajcie lek stosowny, który wam rozpoznana choroba poda.

Przed niedawnym czasem radził się mnie stanu rycerskiego szlachcic: skóra była parchem pokryta. Grudki i szpetne plamy pokrywały całe udo (członek?) i już mu miała być nałożoną ciężka pokuta, gdybym nie był jasno dowiódł, że nie z razu Partenopy cierpi te ciężkie męki.

Galen, a przedtem jeszcze Hipokrates, nie bez przyczyny upominali, by bez powodu nie chwytano się ostateczności w chorobach. O wielce nieszczęśliwi, którzy ciału, okrytemu prostym liszajem lub świerzbem, co najcięższe przepisują — nacierania rtęcią, gorzkie kielichy ostrego gwajakowca, poty i głód ciężki.

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Czyżewicza we Lwowie.

O zapobieganiu gorączce połogowej i przyrannej

podał
b. asystent Dr. Józef Starzewski,
dyrektor szpitala powszechnego w Tarnowie.

I.

Z całego szeregu drobnoustrojów, które mogą wywoływać gorączkę połogową i przyranną, paciorkowiec i gronkowiec ropotwórczy odgrywają niewątpliwie najważniejszą rolę, i gdyby się udało nauce lekarskiej wyjść zwycięzko w walce z nimi, to możnaby uważać sprawę gorączki połogowej i przyrannej za rozwiązaną.

Od czasów epokowych prac Semelweissa mamy cały szereg coraz to skuteczniejszych usiłowań w tym kierunku,

Równolegle z rozwojem bakteryologii powstawały nowe środki i sposoby niweczenia drobnoustrojów, — tak zwane „antiseptica“ i sposoby zapobiegania wysianiu się drobnoustrojów na świeżą powierzchnię ranną, czyli tak zwane postępowanie „aseptyczne“.

Pomimo ogromnych zysków, jakie te usiłowania, w szczególności zaś aseptyka, dla chirurgii i położnictwa przyniosły, nie można jeszcze uważać sprawy zapobiegania zakażeniu ropnemu za rozwiązaną. Gorączka połogowa i przyranna zabiera tysiące ofiar rocznie, a nawet najwzorowiej aseptycznie urządzone zakłady chirurgiczne i położnicze płacą jej pewien odsetek.

Idealna aseptyka, jak to słusznie powiedział Mikulicz na ostatnim Zjeździe chirurgów niemieckich, jest czemś w rodzaju kwadratury koła, — nie da się urzeczywistnić. Swiadczą o tem najnowsze badania, które wykazały, że ręce operatora, wymyte najsumienniej według wszelkich przepisów, są tylko w początku operacyi względnie aseptyczne; że opatrunek aseptyczny, założony na ranę, jest tylko tak długo wolny od zarazków, jak długo jest suchy, nie przesiąknięty wydzieliną z rany; że ani pola operacyjnego, nie jesteśmy w stanie przed operacyą w zupełności wyjałowić, ani zapobiedz zakażeniu rany z powietrza. Czyli, innemi słowy, jesteśmy zawsze skazani na nieprzewidziane wypadki przy postępowaniu aseptycznem, którym zapobiedz nawet w najlepiej urządzonej klinice nie jesteśmy w stanie. Jeden niewidzialny pyłek, zawierający chorobotwórcze twory, przyniesiony z prądem powietrza na ranę, lub najmniejszy błąd we wyjaławianiu rąk lub opatrunków, może zniweczyć całe mozolne dzieło postępowania aseptycznego.

Prócz wspomnianych zasadniczych usterek aseptyki, wymaga ona całego aparatu urządzeń i wyszkolenia personalu, które to rzeczy nie dają się przeważnie ani zastósować, ani przeprowadzić po za murami kliniki. W zupełności nie udaje się zastósować postępowania ściśle aseptycznego przy porodach, obsługiwanych prywatnie przez akuszerki. Każdy lekarz, praktykujący w położnictwie spotyka się niemal codziennie z najgrubszemi wykroczeniami akuszerek przeciw kardynalnym przepisom aseptyki.

Błąd, popełniony przy postępowaniu aseptycznem, nie daje się absolutnie naprawić i nieposiadamy do dzisiaj żadnego środka, aby zapobiedz następstwom takiego błędu, chociażbyśmy najdokładniej wiedzieli, kiedy i jak został popełniony.

Rozważając z tego stanowiska kwestyę dzisiejszych środków zapobiegania gorączce połogowej i przyrannej, przychodzimy do wniosku, że są one zasadniczo nie wystarczające. Jedynym środkiem pewnym mogłaby być tylko jakaś n. p. surowica, którąby, zastrzyknięta kobiecie przed porodem, albo choremu przed operacyą, uodporniała go na wszelkie możliwe błędy anti i aseptyki.

Prawie idealną taką surowicą byłaby mięszanina surowicy przeciwpaciorkowcowej i przeciwgronkowcowej.

II.

W lipcu r. 1895 podał Marmorek [1]) do użytku świata lekarskiego otrzymaną przez siebie surowicę o bardzo znacznej sile uodporniającej (imunizacyjnej) przeciw zakażeniu wszelkimi rodzajami paciorkowca ropotwórczego. Prócz tego przypisywał jej autor znaczną siłę leczniczą przeciw już istniejącemu zakażeniu ropnemu i głównie w tym kierunku używanie jej polecił.

Jako środek leczniczy nie miała surowica Marmorka powodzenia i doznała podobnego losu jak przeważna część surowic leczniczych, np. surowica przeciwtężcowa. Ogólny sąd, po licznych doświadczeniach na ludziach, wypadł przeważnie na jej niekorzyść.

Pozostawała do zbadania klinicznego druga jej własność uodporniania (imunizacyi) przeciw zakażeniu paciorkowcem ropotwórczym.

Ze stanowiska teoretycznego wszystko przemawiało za dodatnim wynikiem tej próby, gdyż właśnie przy zakażeniu ropnem jesteśmy w stanie przeprowadzić szczepienie ochronne na ludziach, zupełnie analogicznie do doświadczeń, robionych w pracowni na zwierzętach. Z całą matematyczną ścisłością możemy przewidzieć kiedy zakażenie może nastąpić (poród, operacya) i obrać stósowną porę do uodpornienia, podczas gdy przy innych chorobach zakaźnych, jak dur, błonica itd. nigdy w tak korzystnem położeniu nie jesteśmy i musimy być z góry skazani na używanie surowic tylko jako środka leczniczego.

Idąc o krok dalej w tem rozumowaniu, przychodzimy do wniosku, że jeżeli surowica Marmorka okazała się skuteczną, jako środek uodporniający przeciw zakażeniu ropnemu paciorkowcem dla zwierząt, to musi także działać podobnie u ludzi i nie ma żadnego racyonalnego powodu przypuszczać, aby jakiś pewnik, udowodniony w pracowni, nie miał mieć zastósowania w podobnych okolicznościach po za jej murami.

(Dokończenie nastąpi).

III. Kilka słów o badaniu i leczeniu zeza towarzyszącego

podał

Dr. Karol Brudzewski.

(Ciąg dalszy).

Brak dwuwidzenia u zezujących tłomaczony w najróżnorodniejszy sposób, dał nawet podstawę do powstania teoryi o inkongruencyi siatkówek, jako przyczynie zezu. Tak nie jest. Chociaż oko zezujące nie bierze udziału w widzeniu obuocznem w ścisłem słowa znaczeniu, to przecież ono widzi, może mieć nawet pełną bystrość wzroku, jak się to zdarza w zezie przemiennym. To wykluczanie obrazków przez oko zezujące nie rozciąga się na całą siatkówkę, ale jest tylko częściowe, jak to ostatnimi czasy Alf. Graefe doświadczalnie stwierdził i nazwał ten objaw „regionäre Exclusion“. Podług Kugla obrazek oka zdrowego i zezującego równo do świadomości przychodzą; lecz gdy jedno z nich, t. j. zezujące, uposażone jest w wyższym stopniu odmienną refrakcyą, lub niedowidzeniem (amblyopia), to obrazek wyraźny oka zdrowego, tak przygłusza obrazek oka drugiego, że ten prawie nie jest spostrzegany (Extinction der Bilder). W każdym razie, czy w ten, czy w inny sposób, nie występuje dwuwidzenie samoistnie, to polega zawsze na akcie psychicznym ośrodków, którą powszechnie nazywają abstrak-

---

[1]) Annales de l'institut Pasteur.

cyą, suppresyą lub neutralizacyą. A jednak pewnymi sposobami możemy to dwuwidzenie wywołać w bardzo wielu przypadkach; obecność jego jest dla nas cennym i bardzo potrzebnym objawem. Udaje się to raz trudniej raz łatwiej; w żadnym jednak przypadku nie powinno się zaniedbać wyszukiwania tego objawu. Często już wystarczy ustawienie przed oko zdrowe barwnego szkła, aby zezujący zauważył dwuwzroczność. Gdy to nie wystarcza, to dodanie pryzmatu z kątem łamiącym ku górze lub ku dołowi, przemieszczającego obrazek zwykłej sfery neutralizacyjnej, może ujawnić dwuwidzenie. Lub zakokainowawszy oko, można je ustawić w środku szpary powiekowej, t. j. wywołać efekt operacyjny — i tu dwuwidzenie nie każe na siebie czekać. — Również dobrze posługiwać się można pryzmatem, zwróconym kątem łamiącym ku nosowi lub skroni, zależnie od jakości zeza. Pryzmat ten, zbliżając obrazki do siebie, a nie łącząc ich, lepsze nieraz nawet usługi oddaje, niż inne sposoby. Więcej zawikłany i trudniejszy do zastosowania jest sposób Schweiggera. W źwierciadełku, ustawionem przed okiem zezującem pod kątem, odbija się świeczka ustawiona po za badanym tak, że obrazek wpada do oka; obrazki świeczki, w które badany wpatruje się, i świeczki odbitej, są tak różne, że dwuwidzenie zaraz przez badanego zauważonem być może. Najlepszymi jednak zostaną sposoby proste, jak świeczka w ciemnym pokoju, jako przedmiot wpatrywania się, pryzmat i szkło czerwone. Nieraz nawet i tego nie potrzeba. Dwuwidzenie w ciemnym pokoju, przy patrzeniu na płomień świeczki, samo wystąpić może.

Obecność dwuwidzenia, uważanego dawniej za objaw niepotrzebny i nie wygodny, jest dla nas cenną wskazówką prognostyczną, gdyż cel leczenia zezu, uważany powszechnie li tylko jako kosmetyczny, przestał nim być wyłącznie; wszak ważniejszą rzeczą jest obok tego przywrócenie pełnej funkcyi, o ile się to da, to jest widzenia dwuocznego w ścisłem słowa tego znaczeniu. — Javalowi i Landoltowi należy się ta zasługa, że wyłącznie się tem zająwszy, wskazali drogę jak należy postępować, aby do tego celu dotrzeć, oraz że w wielu przypadkach, jeśli nie w większej części, jest to możliwem. Operacya jest tylko jednym z licznych etapów tej drogi, środkiem ułatwiającym i przyśpieszającym kres naszych usiłowań do otrzymania pełnej funkcyi obuocznej, która, jeśli nigdy nie istniała, ma być stworzoną; jeśli zaś zaginęła, ma być przywróconą. Ona także jest jedynym więzem, który efekt terapii utrwalić powinien i może. Obecność nawet dość znacznego niedowidzenia (amblyopii), jeśli tylko zdolność widzenia naośnego jest utrzymaną, nie jest tak dalece przeszkodą do przywrócenia widzenia dwuocznego. Wecker wprawdzie czyni uwagę, że tylko te przypadki mogą odzyskać widzenie obuoczne, w których bystrość wzroku oka zezującego nie jest mniejsza niż $^1/_4$, a to stanowiłoby podług jego wielkiej statystyki nie więcej jak 45%. Jest to jednak przypuszczenie, niczem nie poparte. Wecker żadnych prób w tym kierunku nie robił, odrzucając z góry możliwość skutku. Zważywszy jednak, że niedowidzenie do pewnego stopnia może się poprawić, to stanowczo liczba jego jest za nizka. Najcenniejszym objawem widzenie dwuocznego jest zapewne widzenie stereoskopowe, widzenie wymiaru głębi, które nam należy przywrócić. Wprawdzie Schneller wykazał, że przy $^1/_3$ bystrości wzroku kończy się stereoskopowe widzenie dla pracy delikatniejszej, to jednak podaje z drugiej strony, że ćwiczeniami znacznie można tę granicę przekroczyć. Tak samo działa znaczna różnica refrakcyi, a szczególniej astygmatyzm. Van Meulen podaje, że przy różnicy refrakcyi większej niż 5,5D, również widzenie stereoskopowe ustaje. A jednak inne fakta wprost przeciw temu świadczą. Zbyt skąpe badania, w tym kierunku przedsiębrane, nie mogą jeszcze ogromem liczb zdań poprzednich obalić; a jednak Landolt dowiódł, że wykonując ćwiczenia stereoskopowe, nawet w razach, gdy bystrość wzroku spadła do 0,05, przy obecności znacznego astygmatyzmu, można wykazać istnienie widzenia obuocznego, o czem się przy pomocy przyrządu Heringa przekonał. Niepowinno się zatem po operacyi zeza pozostawiać chorego jego losowi, ale starać się o przywrócenie pełnej funkcyi. Co innego jest w przypadkach tak wysokiego niedowidzenia (amblyopii), że widzenie naośne zaginęło. Tu by była prosto strata czasu dla chorego i lekarza, gdyby chciał widzenie obuoczne przywrócić; lecz te przypadki stanowią mały odsetek wszystkich zezów.

Zez wieku młodego, jeśli jest towarzyszący, prawie wyłącznie jest zbieżnym; rozbieżny zjawia się znacznie później, i pojawia się mniej więcej około 2—3 roku życia przeciętnie. Występując z początku prawie zawsze tylko okresowo, może jako taki pozostać, lub też, po krótszem lub dłuższem trwaniu, bądź to samoistnie, nawet bez terapii, bez śladu ustąpić, lub też utrwalić się, czy to jako przemienny („alternans"), czy też jednostronny. Rzadko jednakże widzi lekarz te pierwsze początki; przeciętnie najwcześniej dopiero około 8-go roku życia (Maxwell) staje się zez przedmiotem leczenia; zboczenie jest zwykle wtedy nawykowem, jeśli się tak wyrazić wolno. Póki zez jest jeszcze okresowym, stoi nader wyraźnie w ścisłym związku z większym wysiłkiem akomodacyjnym; t. j. występuje tylko wtedy, gdy pacyent wymaga większego napięcia akomodacyi przy oglądaniu drobnych przedmiotów z blizka. To też od czasów Dondersa i Graefego, aby go usunąć, stósowano okulary poprawiające niemiarowość (ametropię), — przyczem zez często całkowicie też ustępuje. Podług zestawienia, (Lang), za pomocą okularów poprawiających niemiarowość, ustępuje 43% zezów pod okularami, bez jakichkolwiek innych świadomie stósowanych równocześnie czynników terapeutycznych. — Jestto odsetek wysoki i dostatecznie wskazujący użyteczność szkieł. Wiek zbyt młodociany nie powinien być przeszkodą do noszenia okularów; Hodges, Javal, Ayres, Chibret, Maxwell i in. wcale z tą terapią nie zwlekają, ale dają już 2-letnim dzieciom szkła; nie zdarzył się dotychczas w literaturze znany przypadek, aby dziecko z powodu tego jakiś szwank poniosło; owszem obchodzą się z okularami, jak zapewnia Javal, nader ostrożnie. Szkła te winny być okrągłe, a nie owalne, by dziecko, zwracając głowę w którąkolwiek stronę, zawsze przez nie patrzało. Nosić je powinien pacyent zawszo; a jeśli inteligencya tak daleko postąpiła, że gdy chory zgłasza się do lekarza umie już czytać, należy do czytania dać szkła silniejsze, aby o ile można, w odległości czytania wykluczyć akomodacyę zupełnie, jako czynnik pobudzający do zbieżności. Nierówna łamliwość (refrakcya) nie jest wcale przeszkodą, owszem dziecko prędzej się do nierównych szkieł przyzwyczai, niż dorosły. Pamiętać należy, że nader często zdarza się u zezujących astygmatyzm, bo więcej niż 50% (Chevallereau i in.) i że wymaga

on pełnej poprawy. Jeden Alfred Graefe jest przeciwnym polecaniu szkieł poprawiających zupełnie niemiarowość (ametropię) dzieciom zezującym; wychodzi bowiem z tej zasady, że gdy się zez rozwija i kąt się ciągle zmienia, nie należy szkłami przeszkadzać i udaremniać tworzenia się pewnej przemiany stosunków między akomodacyą a zbieżnością, która musi się w oczach niemiarowych (u ametropów) inaczej uformować niż u emetropów, a należy dopiero wkroczyć czynnie, gdy się utworzył zez okresowy. A gdy się utworzy zboczenie stałe jednostronne?! Wielu autorów, jeśli nie ich większość, zamiast okularów stosuje atropinę w tymże samym celu wykluczenia akomodacyi i z obawy, aby dziecko szkłami się nie pokaleczyło, atropiny jednakże nie należy uważać jako środka stojącego na równi z okularami, ale jako pomoc tylko, jako środek przemijający i służący wyłącznie do ułatwienia oznaczenia refrakcyi, którą z pomocą atropiny i skiaskopii, nawet u bardzo niespokojnych małych pacyentów wykonać można dość łatwo. Jeśli jednakże ktoś chce koniecznie, przynajmniej z początku, uniknąć szkieł, z wyżej podanych względów, należy porazić akomodacyę zupełnie; częściowe porażenie, z łatwo zrozumiałych przyczyn, kąt zezu tylko zwiększa (Javal).

Szkła dobrze dobrane mają skutek często natychmiastowy. Jeśli jednakże zaraz, albo w kilku następnych dniach skutek nie nastąpi, nie należy ztąd wnosić, że ta część terapii jest i pozostanie bezskuteczną. Zez ustępuje często zwolna, w przeciągu tygodni, a nawet miesięcy i to nietylko w zezach okresowych, ale i w tych razach, gdy zboczenie zdawało się być ściśle jednostronne, ze stałym na pozór kątem zboczenia (Parinaud, Mayer). W tych razach zbyt pochopnie wykonana operacya, choćby na razie i zupełnie operującego zadowoliła, później nader łatwo dać może rozbieżność (diwergencyę). To też nigdy niedość będzie powtarzać, aby w każdym przypadku zezu wieku młodego stosowano okulary, nawet, gdy, mimo kilkorazowego badania, zez wydaje się mieć kąt zboczenia stały, i to nie dni kilka ale tygodniami, przyczem otoczenie pacyenta należy pouczyć, aby pod żadnym warunkiem na zdejmowanie szkieł nie pozwalano. Pod okularami zez może ustąpić częściowo, ale część pozostanie, jako zboczenie z kątem stałym, nie ustępując już ani pod atropiną, ani pod mocniejszemi szkłami. Ta część jest naturalnie przeznaczoną do zabiegu operacyjnego, gdyż ona nie jest pochodzenia czysto akomodatywnego. W tych razach, gdzie zez, jakkolwiek pod okularami zupełnie ginie, po ich zdjęciu jednak się zjawia, w tych razach należy, jeśli pacyent jest inteligentny i dość cierpliwy, zastosować ćwiczenie widzenia dwuocznego, aby je utrwalić i stałą postawić zaporę przeciw powrotowi zeza. Zakrywanie oka zdrowego na jakiś czas dnia, lub noszenie nieprzeźroczystej muszli Javala (coquille non percée), aby zapobiedz wytworzeniu się niedowidzenia (amblyopii), nie ma celu; bo gdy zez jest okresowy, to przecież, patrząc w dal, oba oczy są w użyciu; a gdy jest kąt zeza stały, mimo okularów nie ustępujący, należy operować, a wtedy oko dobrze ustawione poruszając się wraz z drugiem, będzie brać udział w widzeniu obuocznem i wtedy zakrywanie oka jest zbyteczne. Z chwilą, gdy zez wcale się nie zmienił pod wpływem środków terapii optycznej, albo też nader nie wiele tylko ustąpił, otwiera się pole dla leczenia operacyjnego, wszelako nie wyłącznie, gdyż po dobrem ustawieniu oczu, wchodzą na nowo ćwiczenia optyczne w swe prawa, aby efekt operacyjny uzupełnić, bądź utrwalić. Dominującym prawie zabiegiem jest obecnie tenotomia mięśnia przykurczonego na oku zezującem, wykonywana w różnych modyfikacyach. Że ona jednakże jest zabiegiem niepewnym i niewystarczającym, to świadczą za tem liczne i najróżnorodniejsze dla niej wskazania, oraz skargi autorów na niepowodzenia po niej następujące; a że się mimo to tak szybko przyjęła i rozpowszechniła ma to do zawdzięczenia wpływowi starszego Graefego. Cel i zadanie operacyi tej jest przedewszystkiem ustawienie zbaczającej osi ocznej równolegle do osi oka drugiego, co rzeczywiście tenotomią osiągnąć można, przyczem, podług twierdzenia Graefego, mięsień antagonista tyle zyskuje ile traci mięsień podcięty. Cały jednakże efekt operacyjny zależy nietylko od cofnięcia ścięgna mięśnia przykurczonego, ale przedewszystkiem od antagonisty; on bowiem, skurczywszy się wobec zmniejszonego operacyą napięcia w łuku mięśniowym, skręca gałkę, która o tyle się dobrze ustawi, o ile on posiada siły. Przypuśćmy jednakże, że oko dobrze się ustawiło, to również ważnem dla nas będzie zachowanie się ruchów gałki po operacyi, tak skojarzonych jak i zbieżnych. Że i tutaj są zmiany i to znaczne, a ujemnie wpływające na pełne ruchy gałki, wykazali: Krenchel i Czermak teoretycznie na fantomie, Landolt zaś praktycznie w klinice. Co do ruchów zbieżnych, to oczy prawidłowe powinny i są w stanie utrzymać zbieżność na najmniej 10 ctm. odległości od oczu (punktum proximum amplitudy convergencyi), czyli, podług określenia Nagla, na 10 kątów metrycznych. (Meterwinkel, angle métrique, km.). Z drugiej strony zupełne zwolnienie zbieżności nie jest tem samem co równoległe ustawienie osi ocznych, ale oczy powinny zapomocą słabych pryzmatów odwodzących ku skroni 4—5^0 jeszcze widzieć pojedyńczo, zatem być zdolnemi do lekkiej rozbieżności, co obliczywszy na stopnie metryczne, wynosi około 1 km. zatem punkt dali powinien być ujemnym, a cały zakres zbieżności wynosiłby zatem 11 km. Jestto cały zakres zbieżności, który zapomocą operacyi osiągnąć powinnismy, co jednak tylko wtedy jest możliwe, gdy obok dobrego ustawienia gałki żadnego mięśnia nie osłabimy, a ewentualnie słaby wzmocnimy. Tymczasem tenotomia osłabia tak mięsień operowany jak i antagonistę, zmniejszając w obu napięcie, gdyż obydwa się skracają tak, że ten sam bodziec nie da tych samych skutków; a potem, że obydwa posuną się nieco dalej od punktu obrotowego, a zatem, działając mniej w kierunku stycznej, działają słabiej. Prócz tego wykazał Motais, że wielki wpływ na ruchy gałki mają więzadła boczne (ailerons, Bandflügel, tendons d'arret), oraz tkanki otaczające, jak osłonka Tenona, które będąc nacięte mocno, ruchy oka upośledzają. Każdy bowiem zabieg, napinający (wydłużający) owe więzy, osłabia działanie mięśnia (tenotomia); zwalniający zaś zwiększa siłę mięśnia (antepozycya mięśnia lub torebki). To też doświadczenie wykazało, że ograniczenie ruchów po stronie mięśnia tenotomowanego może nawet dojść do 10^0, obok zupełnie dobrej poprawy kosmetycznej, a antagonista nie zyskuje na sile tyle, ile wynosiła korrekcya. To upośledzenie ruchów nie miałoby tak wielkiego znaczenia, gdyby nie to, że wywołując je, wywołujemy ten objaw na oku, którego ruchy w ogóle już przedtem były patologicznie zmienione. Również tenotomia wpływa ujemnie na dynamiczne stosunki mięśni przy zezie zbieżnym (konwer-

gencyi). Żądana zdolność zbieżności do 25 ctm. po operacyi (tenotomii) zezu jest dla przywrócenia widzenia dwuocznego zamała; prawidłowy zakres zbieżności wynosi przecież w przecięciu 11 kątów metrycznych; zatem oczy, aby pracować wytrwale, powinny posiadać pewien zapas siły, a nie pracować przy słabem żądaniu już w swym punkcie pobliża zbieżności; w przeciwnym bowiem razie nastąpią wnet objawy niedomogi mięśniowej, i operowany będzie zmuszony, aby tego uniknąć, posługiwać się tylko jednem okiem, jak przed operacyą. Jest to zupełnie to samo jak z zakresem dodatnim i ujemnym akomodacyi względnej. W danym razie, gdy bystrość wzroku jest obustronnie dobra, często można stwierdzić, że choć oczy dla dali są ustawione dobrze, dla pobliża jest skrzyżowane widzenie zdwojone (diplopia). W wielu przypadkach owego widzenia zdwojonego skłonność do zlania obu obrazków jest tak silna, że chory, choć z wielkim wysiłkiem połączy owe obrazki. Jest to jedyną przyczyną, że tenotomia dała wiele dobrych wyników; ale to zlanie się obrazków nie zawsze było świadomym celem operatora; raczej tylko cel kosmetyczny przeważał zwykle. To też gdy żądamy od tenotomii pełnej poprawy wszystkich ruchów oka, braki tego zabiegu operacyjnego wystąpią na pierwszy plan, przy braku skłonności do zlania obu obrazków, która wcale tak często bez ćwiczeń się sama nie zjawia. (Krenchel-Czermak).

Ale i co do samego ustawienia gałki, to nie zawsze tenotomia daje wyniki zachwycające; przeciętnie efekt operacyi jest 20°, który to efekt powiększeniem rany w osłonce Tenona jeszcze zwiększyć, a gdy za wielki osłabić można następowym szwem przez osłonkę wspomnianą (częściową antepozycyą). Często jednakże i stopnie wyższe nad 30 i 35° ustąpią po jednej tenotomii. Jednakże nigdy tego przewidzieć nie można, gdyż to zależy od antagonisty, a o działaniu jego tylko w przybliżeniu przekonać się możemy, oznaczywszy poprzednio perymetrem boczne ruchy oka. Z tejże samej przyczyny skutek tenotomii może być bardzo mały, a nawet po pewnym czasie zniknąć zupełnie, jakto Schweigger w ostatniej swej pracy otwarcie przyznaje. Z drugiej zaś strony może wzmagać się, aż wreszcie przejdzie w rozbieżność stałą. To pierwsze, t. j. zniesienie skutku, polega najprawdopodobniej na zmianach anatomicznych. Kalt wykazał doświadczalnie, badając anatomicznie gałki tenotomowane, że ścięgno po tenotomii traci zupełnie charakter swój ścięgna, i zrasta się z gałką zapomocą tkanki bliznowatej, włóknistej, nie przyczepiając się nigdzie bezpośrednio do twardówki. Tkanka ta może się zwolna kurczyć i w ten sposób zniweczyć efekt operacyjny. Kiedy się to dzieje, nie wykazano jeszcze. Nie jest to następstwo częste, gdyż doświadczenie kliniczne poucza, że nie zawsze efekt operacyjny ginie zupełnie. Co zaś do wzrastania efektu, to zdarza się ono najczęściej, gdy przy operacyi poprawiono zez zupełnie, a szczególniej, gdy operowano dzieci. Oczy wogóle z wiekiem mają tendencyę do ustawienia się rozbieżnie, podług Weissa dlatego, że w czasie pokwitania, przy wzroście czaszki, wzrasta i rozbieżność oczodołów. Wobec tego oczy operowane, nie będąc trzymane w należytem położeniu widzeniem obuocznem, ustawią się podług równowagi mechanicznej mięśni, a że mięsień wewnętrzny prosty został osłabiony tenotomią, przeto wystąpi rozbieżność, a z nią wskazanie do nowego zabiegu operacyjnego. Tenotomia obustronna, wykonana równocześnie, jeśli po jednostronnej zboczenie gałki nie ustępuje, ma te same wady w pobocznem działaniu, co i jednostronna, tylko, że one mogą się uwidocznić jeszcze wybitniej, i zachodzi większa obawa późniejszego nadmiaru efektu, niż gdy była robiona w pewnym odstępie czasu i gdy już efekt operacyi pierwszej zupełnie się utrwalił. Ażeby nie operować drugiego, rzekomo zdrowego, oka w wyższych stopniach zezu zbieżnego, dołączono do tenotomii mięśnia przykurczonego antepozycyą torebki, albo i torebkowo-mięśniową antagonisty, co razem dać może efekt około 45°, wystarczający do usunięcia wysokich stopni zeza. I tu efekt kosmetyczny, to jest ustawienie gałki, jest zadowalający, ale, o ile tą antepozycyą ruchy oka na zewnątrz zyskały, więcej niż po zwykłej tenotomii, o tyle ruchy ku wewnątrz, pozostały za słabe, nie mówiąc już nic o nader niedostatecznym zakresie zbieżności [1]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

(Ciąg dalszy).

8) Hess i Hering: **Badania nad całkowitą ślepotą barwną.** *(Arch. Pflüg. LXXI).*

Sprawa wyjaśnienia przyczyn i objawów ślepoty barwnej, ważna zarówno ze względów naukowych dla fizyologa i dla lekarza, jak również ze względów czysto-praktycznych dla pewnych specyalnych zajęć zawodowych, obchodzi do dziś dnia specyalistów. Konieczność rozróżniania dokładnego barw, jakiej potrzebuje malarz, dokładność rozeznawania sygnałów, jakiej władze i lekarze wymagają od urzędników kolejowych, wprawa, jaka w tym względzie okazuje się niezbędną dla majtków na pełnem morzu, wreszcie szereg innych podobnych przykładów, wyjętych z życia codziennego, pobudza ciągle uczonych do bliższego rozpatrywania fizyologicznych praw jakościowej wrażliwości świetlnej i patologicznych wyjątków.

Jak wiadomo, teorya Young-Helmholtza przyjmuje w siatkówce trzy rodzaje pierwiastków, wrażliwych w różnym stopniu na promienie pomarańczowe, zielone i błękitne; druga zaś — Heringa twierdzi, iż posiadamy w oku 3 rodzaje zakończeń nerwowych, z których jeden służy do otrzymywania wrażeń białych lub czarnych, drugi czerwonych lub zielonych, a trzeci żółtych lub fioletowych tak, iż zależnie od przewagi lub równowagi procesów assymilacyjnych, lub dysasymilacyjnych — odpowiednie wrażenie antagonistycznych barw zostaje wywołane w danych zakończeniach. Przypominamy, iż teorya pierwsza, tłomacząca doskonale t. zw. powidoki barwne ujemne, nie wyjaśnia jednak wszystkich zjawisk ślepoty barwnej, podczas gdy z hipotezą drugą, w wielu szczegółach wygodną i prawdopodobną, większość fizyologów nie zgadza się z powodu pewnej sztucznej jednostronności. Dla ślepoty barwnej całkowitej istnieje wreszcie teorya Kriesa, która twierdzi iż siatkówka nieodczuwająca barw, posiada albo nie funkcyonujące czopki, lub też pręciki w miejscu tych czopków; ukuto nawet niemiecką nazwę dla chorych podobnego rodzaju określając ich mianem „Stäbchenseher“. Przeciwko tej hipotezie występują

[1]) Miałem sposobność widzieć chorych, operowanych w ten sposób, oraz obustronną tenotomię, wraz z wydłużaniem mięśni sposobem Panasa, przedstawianych słuchaczom, jako dobre wyniki, gdzie tylko efekt kosmetyczny był dobry; lecz przy badaniu perymetrem okazało się b. znaczne upośledzenie ruchów ku wewnątrz, a zbieżność była możliwa przy najwyższym wysiłku pacyenta zaledwie na 26 ctm. Mimo dobrej bystrości wzroku o fuzyi mowy nie było i chorego zostawiono jego losowi, nie probując nawet ćwiczeń stereoskopem.

właśnie w ostatnich czasach Hess i Hering, odmawiając jej istotnych doświadczalnych podstaw. Gdyby rzeczywiście istniały w siatkówce nie funkcyonujące czopki, toby chorzy na ślepotę barwną całkowitą nie potrafili spokojnie wpatrywać się w przedmioty, bez żadnego drżenia gałek (nystagmus) i w kierunku zupełnie prawidłowym. Gdyby zaś siatkówka takiego chorego nawet w plamce zawierała same pręciki, toby zachowanie się pobudliwości siatkówki na obwodzie — względnie do pobudliwości plamki, — nie podlegało tej prawidłowości, jaką spotykamy w oku zdrowem.

W ogóle wykazały badania nad różnicami pobudliwości oraz współczesnymi i następowymi kontrastami, że trudno pod tym względem znaleźć różnicę między okiem zdrowem a chorem na barwną ślepotę; również odnosi się to do poczucia przestrzeni i bryłowatości tak, iż autorowie z całą stanowczością zdają się być uprawnieni do wystąpienia przeciwko „widzeniu pręcikowemu“ (Stäbchensehen) i teoryi Kriesa. Dla praktyki w gruncie rzeczy może obojętną jest etyologiczna i fizyologiczna strona sprawy; wrodzona ślepota barwna pozostanie nieuleczalną, a w życiu codziennem dalej używać będziemy do celów dyagnostycznych włóczek Holmgrena i isochromatycznych tablic Stillinga bez względu na to, czy racyę ma Helmholtz czy Hering czy Kries. Dla naukowego jądra sprawy, a może w przyszłości i dla praktycznego zastósowania teoryi, ciekawym jest w każdym razie wszelki fakt, choćby na nielicznych, jak w danym przypadku, oparty doświadczeniach, który przyczynia się do podkreślenia oddawna przez fizyologów uznanej tezy, iż poczucie barw nie tyle jest może uwarunkowane budową anatomiczną, ile raczej jest zjawiskiem fizyologicznem, do którego możemy mniejszą lub większą mieć zdolność wrodzoną lub nabytą wprawę. *Dr. Zanietowski.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

J. Comby: **Leczenie zapaleń sromu i pochwy u dzieci.** (*Allgemeine Wiener medicinische Zeitung*, Nr. 11, r. 1898). Autor rozróżnia zapalenie sromu i pochwy u dzieci ściśle nieżytowe, nie zakaźne, powstałe skutkiem nieczystości, drapania lub wreszcie samogwałtu, od zapalenia rzeżączkowego, powstałego na tle zakażenia przez dwoinki rzeżączkowe (gonococcus). Zakażenie nastąpić może u dziewczynek już podczas porodu, jeżeli matka cierpi na rzeżączkę (Epstein), albo też w życiu późniejszem, przez kąpiele w tej samej wodzie co zakażone osoby, n. p. matka, rodzeństwo i t. d.; a dalej przez spanie w jednem łóżku i używanie jednej pościeli z takiemi osobami, wreszcie przy zhańbieniu, względnie nawet zgwałceniu dziecka przez mężczyznę, cierpiącego na rzeżączkę. Zasady zapobiegania i leczenia są różne, stósownie do dwóch postaci zapalenia sromu i pochwy, które autor rozróżnia. W celu zapobiegania lub leczenia zapaleń nieżytowych doradza C. zmywanie sromu wodą wyjałowioną i zaopatrzenie sromu następnie gazą, u dzieci zaś niedokrewnych, zołzowych, leczenie ogólne, a więc podawanie tranu, żelaza, stósowanie kąpieli słonych i pobyt na świeżem powietrzu.

Inaczej ma się rzecz w zapaleniu rzeżączkowem. Przedewszystkiem należy unikać zakażenia z zewnątrz; w tym celu Epstein radzi zaraz po urodzeniu, u noworodków, których matki cierpią na rzeżączkę, oczyścić srom i okolicę jego środkiem przeciwgnilnym. Starsze dzieci nie powinny kąpać się wspólnie z osobami choremi, a ponieważ spostrzegano nawet przeniesienie zarazka przez ciepłomierz, używany do kąpieli, należy przeto dokładnie je oczyszczać rozczynem sublimatu 1 : 500. W celu zapobiegania rozszerzaniu się rzeżączki należy dzieci chore zaopatrzyć w opaskę, któraby zakrywała dokładnie części rodne. W celu leczniczym poleca C. przestrzykiwanie pochwy rozczynem nadmanganezyanu potasowego 1 : 1000, zapomocą cewnika Nélatona. Przestrzykiwać należy najpierw dwa razy dziennie, później raz i to dużą ilością rozczynu, conajmniej pół litra naraz. Autor uzyskiwał tym sposobem zazwyczaj wyleczenie w przeciągu dwóch tygodni. Obok tego stosuje on na srom okłady z wody borowej 3%, zaś po ustąpieniu objawów zapalnych zasypywanie pudrem: *Amyli puri, Talcis pulv. Lycopodii, Acidi borici aa part. aequales.* Chora ma leżeć w łóżku i unikać mięsnych potraw, a żywić się przeważnie mlekiem. Przy zapaleniu pęcherza moczowego radzi C. przestrzykiwać go wodą borową. Jeżeli zaś wystąpi rzeżączkowe zapalenie stawów, wtedy radzi autor stósować ucisk, lub przyżeganie żegadłem (ignipunkturę), a w przypadkach przewlekłych mięsienie; przy zapaleniu zaś otrzewnej, spokój, lodowe okłady i makowiec. *Dr. Piotrowski.*

D. Nasse: **Rzeżączkowe zapalenie stawów, pochewek ścięgien i woreczków śluzowych.** (*Samml. klin. Vortr. Volkmanna, N. F.*, Nr. 181). Odkąd stało się pewnem, że dwoinki rzeżączkowe nie tylko w samych częściach rodnych znaleźć mogą odpowiednie warunki do swego istnienia, szereg chorób, wywołanych przez wspomniane drobnoustroje, coraz to się wydłuża. Wiemy, że dwoinki Neissera w oku, na błonach surowiczych etc., mogą wywoływać swoiste (pod względem bakteryologicznym) zmiany, a w ostatnich czasach mnoży się znacznie liczba spostrzeżeń, odnoszących się do zapaleń stawów, pochewek ścięgien i torebek śluzowych, w których wykazano gonokoki. Wykazanie tego drobnoustroju w wypocinie nie należy bynajmniej do spraw łatwych i częstych. W. Rindfleisch znalazł je 19 razy u 30 chorych. Brak gonokoków jednak nie wyklucza pochodzenia rzeżączkowego danej sprawy zapalnej. W rozpoznaniu kierować się musimy innymi objawami, tak jak nie rozpoznajemy gruźliczego zapalenia stawu tylko po wykazaniu prątków Kocha. Zajęcie stawów, torebek ścięgnistych etc. uważać należy za sprawę przerzutową. Pierwotne ognisko gonokoków umiejscowionem bywa zwykle w częściach rodnych, niekiedy jednak (jak u noworodków) błona śluzowa jamy ustnej lub nosa, spojówka etc. mogą być ogniskiem pierwotnem. W którym okresie choroby powstają te przerzuty trudno rozstrzygnąć, to jednak zdaje się być pewnem, że pozostają one w prostym stosunku do głębokości usadowienia się dwoinek: im te ostatnie głębiej wtargną w błonę śluzową, tem łatwiej powstają nowe ogniska. Rzecz ta przedstawia się bardzo analogicznie do ropnicy, która powstaje z flegmony, w każdym okresie jej rozwoju.

Rzeżączkowe zajęcie stawów tryprowe wydarza się równie często u mężczyzn jak kobiet. U ostatnich wywołującym czynnikiem bywa (jak się zdaje) ciąża, poród i połóg. Bardzo często zajętym bywa jeden staw (szczególnie kolanowy u mężczyzn, a nadgarstkowy u kobiet); mniej często kilka stawów równocześnie, lub następowo. Choroba rozpoczyna się jużto nagle, jużto powoli, z niestałą i atypową gorączką. Zmiany, jakie powstają, są następujące: 1) ból stawowy (arthralgia), 2) obrzęk stawowy (hydrops articulationis), 3) obrzęk części miękkich okołostawowych: a) z wysiękiem w stawie, b) bez wysięku, c) o charakterze flegmonicznym. O objawach, przebiegu i zmianach anatomicznych referowaliśmy już w „Przegl. lek.“, tu zatem szczegóły te pominiemy i przystąpimy do streszczenia rozdziału, omawiającego zmiany rzeżączkowe w pochewkach ścięgien. *Tendovaginitis gonorrhoica* może występować pierwotnie sama, lub towarzyszyć takimże zmianom stawowym. W pierwszym razie przebiega zwykle łagodnie i leczy bez śladu; w drugim rokowanie staje się o wiele poważniejszem. Jak w stawach tak i tu, raz sprawa występuje jako czysty i łagodny obrzęk, kiedyindziej znowu przeważa zapalenie w tkance otaczającej. To ostatnie może się wzmódz do tego stopnia, że pomieszać je można z flegmoną. Na rękach ścięgna mięśni wyprostowujących, a na nodze ścięgna przebiegające poza kostką wewnętrzną, zdają się częściej chorobie ulegać, aniżeli inne. *Tendovaginitis* ostra, wikłająca ostrą sprawę zapalną w stawie i tą kombinacyą spowodowana uporczywość cierpienia, jak również

długo utrzymujące się zaburzenia w ruchomości, stanowią razem, wedle mniemania autora, obraz charakterystyczny dla cierpień rzeżączkowych. Rzadko umiejscawia się przerzut rzeżączkowy w torebkach śluzowych. Opisywano: *bursitis praepatelaris acuta*, *bursitis subcruralis*, najczęściej, jednak zajętemi bywają torebki w okolicy kości piętowej, jak w *bursa achilla* i *subcalcanea*. I ów ból charakterystyczny w okolicy pięty, znany od dawna jako *pes gonorrhoicus* zdaje się mieć podkład anatomiczny właśnie w tych swoistych zmianach torebki. Jako rys charakterystyczny dla zmian rzeżączkowych, w narządach tu uwzględnionych, wspomnieć należy jeszcze o częstości nawrotów. Do ich wywołania przyczynia się wszystko to, co zaostrza sprawę rzeżączkową w częściach rodnych, obok innych, powszechnie znanych, przyczyn.

Leczenie opiera się na ogólnych znanych zasadach. Unieruchomienie, ucisk, środki odciągające na skórę, okłady wysychające, kąpiele w odpowiednim czasie zastosowane, miesienie i gimnastyka (nie zawcześnie, by sprawy nie zaostrzyć i nie zapóźno, aby nie doczekać się zupełnego zesztywnienia) punkcya stawu i przepłókanie środkami przeciwgnilnymi, wstrzykiwanie do stawu mięszanki jodoformowej, w przypadkach zaś o przebiegu bardzo ostrym nacięcie stawu i drenowanie, w przypadkach przewlekłych jodek potasowy wewnętrznie, oto cały szereg środków leczniczych, z których lekarz, indywidualizując, czerpać może.

A sprawę rzeżączkową pierwotną (więc w cewce, pochwie, macicy i t. d.) w czasie trwania jednego z powikłań, leczyć należy środkami jak najłagodniejszymi, a dopiero, po wygojeniu się przerzutu, przystąpić do leczenia energicznego.

Herman.

Aebi Werner: **Czy mieszkańcy okolicy lecznisk dla chorych piersiowych są bardziej narażeni na niebezpieczeństwo zakażenia się gruźlicą?** (*Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 1898, Nr. 2). Jest to rozprawa, ogłoszona po śmierci autora, który, sam dotknięty gruźlicą płuc, przebywał w Davos i wziął sobie za zadanie zbadać stosunki śmiertelności z gruźlicy u mieszkańców tej miejscowości.

Walka z gruźlicą, obecnie najskuteczniejsza zapomocą leczenia w tak zwanych „zamkniętych lecznicach dla chorych piersiowych“, spowodowała tworzenie coraz większej liczby takich zakładów. Przesadna obawa przed zakażeniem, zwłaszcza od czasu odkrycia swoistego prątka gruźliczego, rozszerzona do tego lekkomyślnie i bez głębszej znajomości rzeczy przez dzienniki, spowodowała, że chorych piersiowych zaczęto się bać nadzwyczajnie, a już niektóre gminy szwajcarskie czynią nadzwyczajne trudności w zakładaniu nowych lecznic. To też trwoga, wniesiona w życie ludzkie, wymaga, aby poświęcić sprawie zakaźności gruźlicą najbliższych sąsiadów lecznic baczną uwagę.

Wtargnięcie prątków do ustroju musi mieć drogę przygotowaną w uszkodzeniu skóry lub błony śluzowej, dalej usposobienie osobnicze i osłabienie żywotności. Obawa przed zakażeniem z wdechania winna ustąpić wobec znanej zdolności wilgotniczej (hygroscop) prątków gruźliczych, wskutek której nie zawisają w pyle, ale przylegają lub spadają na podłoże.

Człowiek więc chodząc, stojąc, wogóle wyprostowany, w zasadzie trudno się może zakazić.

Ponieważ lecznice dla piersiowych już istnieją dostatecznie dawno, aby można wyprowadzić jakieś wnioski o zakaźliwości otoczenia najbliższego, badania takie są uzasadnione. Droga może być tylko jedna w tym celu, to jest: podług urzędowych spisów ludności i śmiertelności wykazać, czy od czasu powstania lecznicy w pewnej miejscowości wzrosła ilość skonów z gruźlicy. Davos z wielu względów nadaje się do takich badań. Dawność lecznisko i to wyłącznie dla piersiowych, rozrzucenie chorych pomiędzy ludnością miejscową, położenie odosobnione śród wysokich gór, wykluczające inne wpływy, wogóle znamiona uzdrowiska dla piersiowych *kat'exochen*, zachęcały autora do badania.

Autor zestawił razem 50 lat, t. j. 1847—1896 i uzmysłowił wynik w obrazie graficznym.

W takiem zestawieniu nastręczyły się trudności, które należało usunąć, aby dojść do jakiegoś wyniku. Oto nieliczna ludność w Davos, w miarę rozwoju uzdrowiska, zaczęła rosnąć w liczbę i to zasilali ją po większej części ludzie chorzy na piersi, którzy z konieczności, szukając leczenia, zaczęli uprawiać zwykły swój zawód w Davosie. Należało więc zebrać osobno tubylców, osobno przybyszów, a znów osobno gości chorych. Pokazało się, że tubylców liczba stoi w miejscu, mało się zwiększając, przybyszów wzrasta nadzwyczajnie, tak samo gości chorych.

Otóż w stosunku do liczby tubylców śmiertelność z gruźlicy jest stała; dalej w stosunku do przybyszów liczba skonów z gruźlicy nie wzrasta tak, jakby tego oczekiwać należało, ale prawie że jest również stałą.

Teraz należy znów, jako przeciwważnik, wziąć na uwagę polepszenie odżywienia i ogólnych wymagań życia, wskutek większego zarobku ludności.

Po rozważeniu tego wszystkiego wyprowadza autor wniosek:

Mieszkańcy okolicy lecznisk dla chorych piersiowych nie są bardziej narażeni na niebezpieczeństwo zakażenia się gruźlicą.

Dla ciekawości wyjmuję z zestawień autora liczby skonów w Davos z trzech lat ostatnich:

Rok	Liczba mieszkańców bez gości chorych	Zmarło			
		gości		mieszkańców	
		gruźl.	niegruźl.	gruźl.	niegruźl.
1894	3891	83	6	7	51
1895	"	84	4	6	64
1896	"	78	10	8	58

Dr. Ełjasz-Radzikowski.

Prof. Dr. F. Krause: **O chirurgicznem leczeniu nerwobólu nerwu trójdzielnego.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb.*, T. II, S. 767). Autor, zanim zdecyduje się na zabieg krwawy, celem usunięcia wymienionego cierpienia, próbuje, często ze skutkiem, leczenia wewnętrznego azotanem akonitynowym, lub strychninowym, zalecanego przez Dana. Z rozczynu:

Rp. *Aconitini nitrici 0.025*
(fabr. Merck. Darmstadt)
Aqu. destil. 25,00

podaje pierwszego dnia (10 razy) co godzinę po jednej kropli. Każdego następnego dnia zwiększa każdą dawkę o jedną kroplę tak, że 6-go dnia chory bierze 10 razy po 6 kropel (wyjątkowo dochodzi do 8 kropel na dawkę) i przy tej dawce pozostaje przez kilka tygodni, chyba że wystąpią pierwsze objawy zatrucia (cierpnięcie języka, ust, palców etc.); wtedy, albo dawkę zmniejsza, albo środek ten odstawia zupełnie.

Strychninę wstrzykuje podskórnie, rozpoczynając od 0,002 mlg. i dochodząc po kilku tygodniach do *0,01—0,015*. Na tej wysokości utrzymuje się przez 8—10 dni, poczem dawkę zmniejsza znów stopniowo, aż powróci do początkowej *0,002*.

Następnie przez dłuższy czas podaje jodek potasowy (czasem salicylan potasowy lub nitro-glicerynę) i nalewkę żelazistą.

Całe to leczenie przeprowadzić należy na chorym, leżącym w łóżku, zachowującym lekką dyetę i przy użyciu środków moczopędnych.

Gdy takie, lub podobne leczenie zawiedzie, przystępujemy dopiero do leczenia chirurgicznego. Möbius doradza, by

z niem zbyt długo nie zwlekać, gdyż wedle tego autora nieuchwytne dziś zmiany neuralgiczne w nerwie postępują od obwodu ku ośrodkom: Im wcześniej zatem operować będziemy, tem lepsze stawiać możemy rokowanie.

Operacyę wykonać można zewnątrz i śródczaszkowo. Operując zewnętrznie, musimy dokładnie oznaczyć wpierw gałąź nerwobólem zajętą, co nie zawsze bywa łatwem z powodu rozpromieniania się bólu na gałęzie sąsiednie. Neurotomie i neurektomie, nie zawsze uwalniają chorego raz na zawsze od tego strasznego cierpienia, popychającego chorego do samobójstwa.

Wobec tego zupełnie usprawiedliwionemi są metody W. Rosego i autora, dążące do wydalenia zwoju Gassera, a nawet, o ile to możliwe, do wycięcia pnia n. trójdzielnego dośrodkowo od zwoju tego położonego. Rose dążył do celu początkowo przez wypiłowanie szczęki i późniejsze wytrepanowanie otworu między otworem owalnym i okrągłym na podstawie czaszki, potem dochodził do tego samego celu drogą, wskazaną przez Krönleina. Nie znalazł jednak wielu naśladowców. Jak się zdaje, ogólnie przyjęła się metoda autora, odsłaniająca zwój Gassera po tymczasowem wypiłowaniu części łuskowej kości skroniowej. Sposobu tego użył sam autor 14 razy; z tego umarło dwoje, niezależnie od samej operacyi; reszta żyje bez nawrotu cierpienia. Nadto w literaturze zanotowanych jest 113 przypadków, operowanych tym samym sposobem, z 15% śmiertelności. Sposobem Rosego operowano 33 chorych, z których umarło 7 (to jest 21·2%). Wskazanie do wyjęcia zwoju Gassera istnieje tam, gdzie pomniejsze zabiegi obwodowe nie doprowadziły do celu. I po tej operacyi nawrót cierpienia zdarzyć się może, gdy przyczyna nerwobólu usadowiona jest dośrodkowo od zwoju G. Z zaburzeń po tej operacyi występujących wspomnieć należy o pewnym niedowładzie w ruchach szczęki, skutkiem porażenia mm. żwacza skroniowego, skrzydlastego wewnętrznego. Zaburzenia te po pewnym czasie zostają wyrównane przez czynność mięśni drugostronnych. Parokrotnie spostrzegano zapalenie rogówki, które zakończyło się na szczęście tylko blizną środkową rogówki. *Dr. Herman.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Antonelli zaleca (La médec. inf., 1898) u dzieci w wypryskach na powiekach, powikłanych zapaleniem spojówek i ściskiem powiek, częste przemywanie worka spojówkowego rozczynem sublimatu 0,05:400 i wkraplanie azotanu srebrowego 0,05:15, na powieki zaś maście: „Zinc. oxyd., Mag. bism. aa. 0,3 Cocain. 0,5, Lanol. Vasel. aa 10,0“, 1% maść z „praecipit. alb.“, 2—4% maść kalomelową, a jeśli wyprysk będzie sączący 1% rozczyn kw. pikrynowego. Gdy jednak mamy do czynienia z uporczywymi wypryskami na tle zołzowem, radzi użycie ostrzejszych środków: „Resorc., Ac. salic. aa 1,0, Zinc. oxyd. 2,0 Vasel. fl. 20,0, przyczem stosuje i leczenie ogólne. F. K.

Wilms (Lipsk) stosuje przy zapaleniach przewlekłych stawów, szczególnie na tle rzeżączki, ciągłe ciepło zapomocą rurek ołowianych, przez które przepływa ciepła woda, a któremi opasuje staw, pokryty cienką warstwą gipsu, skutkiem czego ciepło (40 do 50°) rozdziela się jednostajnie i stale. (Zjazd chirurg. w Berlinie). F. K.

Epstein. Kiedy syfilitycy mogą się żenić? (Tow. lekarskie w Norymberdze) E. stwierdza niemożebność stanowczego oznaczenia terminu wyleczenia kiły i dlatego odpowiedź na powyższe pytanie jest nader trudną; trzeba się w tym razie kierować dwoma najważniejszymi czynnikami: niebezpieczeństwem zakażenia i przeniesienia choroby na potomstwo, na które to czynniki wpływa głównie czas i leczenie. Opierając się na doświadczeniu własnem i wielu in. autorów, pozwala E. żenić się swoim chorym wtedy dopiero, gdy minęły 3 lata od czasu zakażenia i gdy chory przebył w tym czasie gruntowne leczenie. F. K.

Albers-Schönberg ogłasza dwa przypadki liszaja żrącego, leczone z dobrym wynikiem promieniami Röntgena, które wywołują zapalenie skóry z obfitem ropieniem. Leczenie trwało 6—8 miesięcy; siła prądu wynosiła 20 Volt i 5 ampere, a czas działania trwał 20 minut do pół godziny. Podobnie Schiff podaje także dwa przypadki, w których wystawiał liszaj żrący na działanie promieni Röntgena przez 10 dni, codziennie przez ½—1 godzinę. Pod działaniem promieni Röntgena wytworzyło się długotrwałe zapalenie skóry i owrzodzenia w miejscu guzków i nacieków, które łatwo się oczyszczały i przyskórkiem pokrywały. Gruczoły chłonne równocześnie się zmniejszały i ustępowały (Arch. für Derm. und Syph. T. XLII, Z. 1). F. K.

Friedländer na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie zachwala działanie jodwasogenu (połączenie utlenionego węglowodanu z jodem) w różnych cierpieniach przewlekłych w skórze, gruczołach chłonnych, oraz długotrwałych wysiękach w jamach surowiczych, użytego tak wewnętrznie jak zewnętrznie, podnosząc łatwość wchłaniania się tego przetworu przez skórę i błonę śluzową. Wrzody kiłowe szybko się zabliźniały nawet przy wewnętrznem tylko użyciu tego środka. Do wcierań zewnętrznych (2—3 razy dziennie) używał 10 kropli do ½ łyżeczki, z rozczynu 6—10—20%, chociaż silniejsze rozczyny nie mają wcale wyższości. Wewnętrznie podawał 3 razy dziennie, od 3—8 kropli u dzieci, i od 5—30 kropli u dorosłych, najchętniej w mleku, kawie lub wodzie, a nigdy nie spostrzegał nieprzyjemnego zatrucia jodem. W dyskusyi nad tym przedmiotem Senator i Kleist oświadczyli, że oni zalecają ten przetwór także w zwapnieniu tętnic, a nawet w sprawach nerkowych, połączonych z tem cierpieniem. Rubinstein zaś opisuje dobre wyniki w cierpieniach zołzowych po podawaniu przetworów wasogenu, do których zalicza jodoformwasogen (1½%), kreozotwasogen i gwajakolwasogen (20%). Leczenie zmian gruźliczych wasogenem dało zawsze wynik ujemny. (Kl. ther. Woch. 1898, 20). F. K.

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

II.

Pośpiech wielkiego miasta, odzwierciedlający się tak dobrze w zawodzie lekarskim, jak w każdym innym, jest też zapewne główną przyczyną tego, że się na cudzoziemców, po odbyciu pańszczyzny zdawkowych grzeczności, lub po pokazaniu rzeczy najciekawszych, nie zbyt wiele zwraca uwagi w Paryżu. Dalszej przyczyny dopatrywaćby się można w tem, że niesłychana centralizacya wszystkich urządzeń społecznych, odbija się poniekąd i na stosunkach lekarskich. Wydział lekarski paryski, wpływając przeważnie na wybór „agrégés“ (to jest czegoś pośredniego między docentem a profesorem nadzwyczajnym), i na obsadę katedr na prowincyi, rozporządzając ogromnym materyałem klinicznym, spycha wszystkie wszechnice prowincyonalne w głęboki cień i nie obawia się współzawodnictwa, którego nie wytrzyma przecie ani Montpellier, ani nawet buntujący się potrochu Lyon, że wymienię tylko te dwa wydziały, podnoszące się nieco nad szary poziom reszty. To też nie zależy tu chyba nikomu tak bardzo na przyciągnięciu „obcych“, o których wiadomo, że do „stolicy świata“ zawsze ciągnąć muszą, bo brak „wolnej konkurencyi“, tak znamiennej w uniwersytetach niemieckich, starających się wzajemnie się prześcignąć. Toż w roku zeszłym omal, że nie zamknięto podwoi wszechnicy paryskiej dla cudzoziemców, bez wyjątku! Dlatego w ostatecznym wyniku każdy przybysz skazany jest w końcu na własne siły i przedsiębiorczość; żadnych zasad ogólnych, którymiby się należało kierować dla oszczędności czasu i pracy, ustanowić nie można, i dlatego to, jak wspomniałem na początku, gdyby nawet miejsce i siły były po temu, niewiele byłoby pożytku z usiłowań opisania tego wszystkiego, co ciśnie się pod pióro.

Pożyteczniejsza wydaje mi się próba sprawozdania z tutejszego ruchu naukowego, a przynajmniej ze współczesnych jego dorobków. Chociaż medycyna francuska dziś może już nie przoduje tak postępowi naszej nauki, jak pod każdym względem dawniej zdawała się przodować, to jednak dużo jeszcze ożywienia na tem polu i tok badań płynie wartkim i szerokim strumieniem. Sprawozdania z czasopism peryodycznych nie dają jednak, mojem zdaniem, pełnego

jego obrazu, ponieważ tutejszy ruch naukowy w części tylko zostawia ślad w wyczerpujących pracach w łamach prasy, a w drugiej części kieruje się gdzieindziej i tętni w mało, a przynajmniej mniej u nas znanych, czytanych i streszczanych, biuletynach i sprawozdaniach towarzystw naukowych. Powiedziałbym, że właśnie w tych towarzystwach, z których niewszystko odźwierciedla się w dziennikach lekarskich, odgrywają się sprawy najważniejsze; zdaje mi się, że główną cechą tutejszego ruchu naukowego jest to, iż żadna prawie praca, żadne spostrzeżenie nie umika ustnych rozpraw, czego kto wie, czy i namby nie należało naśladować. Charakter i waga tych towarzystw, nader licznych, są bardzo rozmaite, zależne często wprost od ilości „krzeseł akademickich“, gdyż większość bodaj ważniejszych gron naukowych posiada ustrój akademii i ograniczoną liczbę członków rzeczywistych, korespondentów itd. Najwyżej w hierarchii stoją obie akademie, to jest lekarska i przyrodnicza („des sciences“), bo w tej ostatniej rozprawy potrącają też nieraz o zagadnienia lekarskie; o krześle w tych akademiach marzy niejedna niepopularna znakomitość nadaremno przez całe życie, wiecznie, jak niegdyś Zola, pukając do wrót, zamkniętych dla zwykłych śmiertelników; ale też obie akademie to najcięższe maszyny, najwięcej przypominajace (dawniejsze) parlamenty, w których nudnego mowcy słucha tylko jego osobisty nieprzyjaciel, a znaczna część posiedzenia schodzi na rozmaitych imiennych głosowaniach, urzędowych nieciekawych sprawozdaniach i tem podobnych „kwestyach formalnych“. Przeciwieństwem akademii są niektóre małe towarzystwa, jak naprzykład anatomiczne: w małym pokoiku, zmniejszonym jeszcze przez nieuporządkowane stosy ksiąg i broszur, schodzi się małe grono i przedstawia w szybkiem tempie mnóstwo małych spostrzeżeń, ciekawych okazów, nie tracąc nadaremnie czasu na „literaturę“; potem następuje mała rozprawa, zagadnienia sporne prędko wyjaśniają doświadczeńsi i starsi, a całość robi wrażenie poufnej, lecz za to tem szczerszej pogadanki między przyjaciółmi, którzy się wzajemnie pragną czegoś naprawdę nauczyć. Pośrodku możnaby postawić te towarzystwa, które największe tu zresztą mają znaczenie, i najbogatsze w różnobarwną treść toczą rozprawy; byłyby to: „Société de biologie“, „Société médicale des Hopitaux“ i „Société de Chirurgie“. Żadne z nich nie zamyka się wyłącznie w swojej specyalności i można usłyszeć coś o wynikach badań klinicznych tak dobrze w pierwszem, jak wnioski z jakichś doświadczeń lub poszukiwań anatomicznych w dwóch drugich. Odrębną gromadę stanowią oczywiście towarzystwa mięszane, złożone z przedstawicieli różnych zawodów, jak n. p. „Société de medecine légale“.

Ruch naukowy,ześrodkowujący się w takich i tym podobnych towarzystwach, a odźwierciedlający się tylko w ułamkach w prasie lekarskiej, przejawia się niekiedy, a to już szczególnie w działach klinicznych, w sposób zupełnie odrębny, gdzieindziej chyba nie spotykany, mianowicie w wykładach klinicznych. Zdarza się nieraz, że rzuciwszy myśl nową w jakiemś towarzystwie, autor rozwija ją dalej, popiera nowemi spostrzeżeniami, lub nawet wogóle poraz pierwszy wygłasza w sali wykładowej, czekając z ogłoszeniem jej w druku na jeszcze większe doświadczenie, na jeszcze liczniejsze przypadki, na ukończenie badań, lub na jakiegoś młodszego swego pomocnika, który zada sobie trud podjęcia myśli szefa i albo ją rozwinie w swej „tezie“ doktorskiej, albo spisze i wyda pod tarczą uznanej powagi. Ztąd nieraz w rok dopiero i później po istotnem ogłoszeniu, spotkać można niejedną nową zdobycz „czarno na białem“, i to nieraz trzeba mozolnie jej szukać, wśród niezliczonego mnóstwa rozpraw dyplomowych, przedstawiających tu, jak wszędzie, najczęściej mniej niż mierną wartość. Ztąd odnajduje się nieraz bardzo ważną uwagę lub ciekawe spostrzeżenie w seryi wykładów klinicznych tego lub owego profesora, zabłąkane wśród mniej ciekawych ustępów, dopiero w długi czas potem, gdy tu dawno stała się ona własnością ogółu. Z tych zaś właśnie rzeczy w prasie lekarskiej najczęściej niema żadnego śladu.

Że tak się dzieje, zrozumieć tem łatwiej, skoro się zważy ogromną wolność nauczania, panującą tutaj, nie mniejszą, jeżeli nie większą od wolności uczenia się. Nietylko profesorom zwyczajnym i nadzwyczajnym („agrégé“) przysługuje prawo nauczania, mają je tu prawie z obowiązku asystenci („chef de clinique“), wykładający często w zastępstwie profesora lub zupełnie samodzielnie; ma je tu każdy kierownik oddziału szpitalnego („prymaryusz“ — „medecin des hopitaux“), jeżeli tylko chce i ma się czem podzielić ze słuchaczami; takich wykładów, poza uniwersyteckich, nieraz ogromnie uczęszczanych, jest moc niezliczona; w końcu każdy lekarz, posiadający klinikę prywatną, może bez przeszkody z czyjejkolwiek strony nauczać, nie będąc ani profesorem, ani lekarzem szpitali publicznych; a jeźli porozumie się z wydziałem lekarskim, bez większych trudności może nawet na ten cel rozporządzać jedną z sal uniwersyteckich. I na te wykłady również każdy ma wstęp wolny, kto tylko chce słuchać, tak samo, jak do rozporządzenia każdego lekarza i studenta stoi bogata biblioteka wydziału lekarskiego, wygodnie urządzona i dobrze obsłużona, co jest niezmiernie pod każdym względem korzystne [4]).

Ten szczególny charakter tutejszego ruchu naukowego, jest powodem, że sprawozdania z niego mogą być nie bez pożytku, jeśli się jest blizko i może bezpośrednio śledzić jego tok, zbierając i zapisując szczegóły, uronione przez czasopisma lekarskie. Rozważywszy to, postanowiliśmy z kolegą Brudzewskim podzielić się robotą sprawozdawczą, zamiast zapełniać łamy „Przeglądu“ mało znaczącemi, zdaniem naszem, opisami ustroju studyów, urządzenia klinik itd.; na mój dział przypadło wszystko, co nie jest chirurgią w najszerszym zakresie, a więc także ginekologią, okulistyka itd. W naszych zapiskach zdarzy się zapewne niejedno, co znaleźć można także w dziennikach lekarskich francuskich; wiele też szczegółów stamtąd nam uzupełniać przyjdzie, bo niepodobna być wszędzie i spamiętać wszystko; nie uchronimy się też od niejednego zapewne błędu, ilekroć przyjdzie nam przekroczyć granice właściwych naszych działów; jednakże na usprawiedliwienie może posłużyć chęć dobra i stara zasada:

„Ultra posse nemo obligatur“ [5]).

Bakteryologia w najszerzej pojętym zakresie ciągle jeszcze stoi na pierwszym planie. Przedewszystkiem wiele mówiono w ostatnich czasach o prątku błoniczym. Simonin i Benoist (S. B.) potwierdzaja zapatrywania Rouxa i Martina, że prątki tak zw. rzekomobłonicze nie są niczem innem, jak prątkami błoniczymi z osłabioną jadowitością. Barbier i Tollemer (S. M. H.) podają, że prątek błoniczy stosunkowo często uogólnia się w ustroju, ponieważ wykryli go w rozmaitych narządach (między innymi w ośrodkowym układzie nerwowym 7 razy) w siedemnastu śmiercią zakończonych przypadkach [6]). Cztery podobne spostrzeżenia podał Richardière (S. M. H.); pomimo obecności prątka błoniczego w opuszce rdzenia, nie było w tych przypadkach za życia porażeń. Badając zakażenia mięszane w błonicy, próbuje Barbier podać kliniczne różnice błonicy czystej, jego zdaniem zawsze zapomocą surowicy wyleczalnej, od błonicy, w której, obok prątka Löfflera, biorą udział paciorkowce itp. Według Barbiera sama błona rzekoma nie przedstawia żadnych różnic znamiennych; natomiast błona śluzowa

[4]) Doskonałość urządzenia jest istotnie godna uznania; biblioteka otwartą jest prawie cały dzień, aż do wpół do jedenastej w nocy; bez większej trudności można uzyskać stałą kartę do tak zw. »salle réservée« i tam gospodarować do woli w czasopismach, obficie zebranych, co ogromnie ułatwia poszukiwanie potrzebnego w danej sprawie piśmiennictwa. Bieżące czasopisma łatwo znaleść w czytelni, urządzonej przez zarząd »Médecine moderne«, dostępnej każdemu lekarzowi i studentowi — bezpłatnie.

[5]) Sprawozdania nasze odnoszą się do ostatniego czteromiesięcznego okresu. Oznaczamy w skróceniu: Ac. M. = Academie de Medecine. Ac. Sc. = Ac. des Sciences, S. B = Société de Biologie, S. m H. = Société med. des Hopitaux, S. Ch. = Soc. de Chirurgie.

[6]) Spostrzeżenia te nie są nowością; znacznie wcześniej od badaczy francuskich przeprowadził w tym kierunku zajmujące badanie Dr. Julian Nowak (ob. »Centralblatt f. Bacter«, 1897).

gardła w sąsiedztwie nalotów ma być w czystej błonicy bladą, dalej nie pojawiają się podobno w tej postaci choroby wypociny śluzowo-ropne, obrzęk gruczołów, białko w moczu i gorączka ma być nie wielka, tętno znacznie przyspieszone, cera blada. Wnioski te opierają się na 224 dokładniej spostrzeganych przypadkach błonicy.

Cierpienie, podobne do błonicy i zwłaszcza z początku mogące dać powód do pomyłek rozpoznawczych, lecz etyologicznie i w dalszym przebiegu odrębne, a kończące się zawsze wyzdrowieniem, opisuje Vincent (S. M. H.). Zmiany sadowią się tylko po jednej stronie, a obok nalotów, wśród objawów ogólnych i zawsze występującego obrzęku gruczołów podszczękowych, szybko pojawiają się owrzodzenia. Naloty znikają około szóstego dnia, poczem szybko następuje wyzdrowienie; przebieg sprawy ma się skracać wskutek pędzlowań nalewką jodową. Rozpoznanie jest jedynie możliwe na podstawie badania drobnowidowego, które wykazuje brak prątków błoniczych, a obecność długich (10—12 μ), wrzecionowato w środku zgrubiałych prątków, nie barwiących się sposobem Gramma, obok niekiedy obfitych „spirillów„. Próby hodowli nie powiodły się. Na następnem posiedzeniu (S. M. H.) opisał Lemoine podobne przypadki, nadmieniając, że bardzo często przechodzą one w cierpienie przewłoczne (3 razy na 5 spostrzeżeń; w jednym przypadku wyleczenie dopiero po 70 dniach) i że właściwy charakter wrzodziejący sprawy pozwala na stanowcze odróżnienie od błonicy, już po dobie lub dwóch, nawet bez badania drobnowidowego.

W roku zeszłym zwrócono poraz pierwszy uwagę na to, że „micrococcus tetragenus“, zwykle nieszkodliwy, niekiedy okazuje własności chorobotwórcze i może być przyczyną nawet zabójczych spraw chorobowych. Świeżo Bezançon i Lepage (S. M. H.) podali przypadek śmiercią zakończonego ropnego zapalenia opon w okolicach dolnej części rowka Rolanda i tylnego odcinka zatoki Sylwiusza, wywołanego przez „tetragenus“. Za życia istniały napady padaczkowate, ból i zawroty głowy, poczem stopniowo rozwinęło się porażenie, naprzód górnej, potem dolnej kończyny po stronie lewej. Apert (S. B.) opisuje odrębną postać zapalenia błony śluzowej gardła, wywołaną przez „tetragenus“, a cechującą się drobnemi białemi plamkami na zaczerwienionych łukach, podniebieniu miękkiem itd.

Obok takich, przypadkowych prawie odkryć, stwierdzających własności chorobotwórcze drobnoustrojów dobrze znanych, których o nie nie posądzano, nie brak usiłowań, zmierzających do wykrycia swoistych zarazków w tych cierpieniach, uważanych za zakaźne, których etyologia dotąd mało została wyjaśnioną. Pomijając badania Bosca (Ac. des Sc.), który w rakach i mięsakach opisuje aż pięć odmian pasorzytniczych, jak sądzi, tworów, wspomnieć tu należy o poszukiwaniach Tribouleta i Coyona (S. B.), dotyczących ostrego gośćca stawowego. Znaleźli oni w 11 przypadkach tej choroby odrębny „coccobacillus“; zapomocą jego hodowli zdołali u królików wywołać zapalenie śródsierdzia, anatomicznie zupełnie podobne do tej zmiany u ludzi w przebiegu gośćca. Mimoto, niewywoławszy zapomocą wykrytego drobnoustroju doświadczalnie typowego zapalenia stawów, wahają się jeszcze w ostatecznych wnioskach. W rozprawach zwrócił uwagę Charrin na to, że należałoby dokładniej zbadać stosunek, jaki łączyć może wykryty „coccobacillus“ z pospolitymi ziarenkowcami (kokkami) ropnymi, spotykanymi nader często w gośćcowem zapaleniu stawów i zaznaczył, że nawet wywoławszy zapomocą ziarenkowca Tribouleta u zwierząt zapalenie stawów, nie możnaby jeszcze uważać tego drobnoustroju za wyłącznie swoisty czynnik w gośćcu, ponieważ, jak wiadomo, bardzo wiele rodzajów bakteryj, nie zostających z gośćcem w żadnym związku, może być przyczyną zapalenia stawów [7]). Natomiast Apert (S. B.) podaje spostrzeżenie, zgodne poniekąd z wynikami badań Tribouleta. Mianowicie w przypadku tak zw. „chorée rhumatismale“, to jest pląsawicy, występującej okresowo naprzemian z napadami ostrego gośćca stawowego, a powikłanej zapaleniem śródsierdzia, wyhodował A. z krwi chorego dwuziarenkowca (diplokoka), zupełnie podobnego do ziarenkowca Tribouleta.

W zakresie chorób ostrych osutkowych zanotować należy doświadczenia Josiasa (Ac. M.), które są może pierwszym krokiem do wykrycia swoistych zarazków, dotąd wymykających się z rąk badaczom. Mianowicie zdołał Josias wywołać doświadczalnie odrę u małp, pędzlując im błonę śluzową gardła i nosa śluzem z nosa dzieci, zebranym w pierwszych dniach osutki.

Dr. Ciechanowski.

[7]) Niedawno Galliard i Morely (S. M. H.) opisali przypadek zapalenia stawu nadgarstkowego, wywołanego przez »pneumokoki« w przebiegu zapalenia płuc.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 16 Czerwca.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1—3 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zgłosili się z odczytami:

171) Dr. Dydyński z Warszawy: „O rozpadzie myeliny i produktach rozpadu“. 172) Tenże. Temat zastrzeżony. 173) Dr. Guttentag z Łodzi: „Tężyczka u dzieci“. 174) Dr. Ludwik Jekeles z Bystrej: Temat zastrzeżony z dziedziny balneologii. 175) Dr. Eljasz-Radzikowski St. ze Lwowa: „Zachowanie się mikroskopowe krwi w niedokrewności urazowej (anaemia traumatica) z uwagami klinicznemi“. 176) Dr. Gluziński ze Lwowa: temat zastrzeżony. 177) Dr. Marischler ze Lwowa: „Przemiana materyi przy wzrastającej i ustępującej opuchlinie jamy brzusznej“ (ascites). 178) Tenże: „O zachowaniu się połączeń siarki przy niedokrewności złośliwej (anaemia perniciosa)“. 179) Dr. Rencki ze Lwowa: „O zachowaniu się i wartości rozpoznawczej badania krwi przy wrzodzie i raku żołądka, ze szczególnem uwzględnieniem leukocytozy trawiennej“. 180) Tenże. „O znaczeniu rozpoznawczem badania mikroskopowego przesięków i wysięków surowiczych“. 181) Dr. Schramm ze Lwowa: „Leczenie wodogłowia zapomocą drenowania śródczaszkowego“.

* Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w dniu 10 czerwca b. r. odbytem

1) Doc. Dr. Baurowicz mówił o antyseptyce w badaniu i leczeniu chorób krtani.

2) Dr. Krzyształowicz przedstawił i opisał przypadek kiły 3cio-rzędnej języka.

3) Dr. Ackermann przedstawił ozdrowieńca po operacyi mięsaka wychodzącego z podstawy czaszki.

4) Dr. Dika przedstawił przypadek rozległego wrzodu podudzia, leczonego opaskami cynkowo-kleinowemi.

* Wynik narady, odbytej przed tygodniem u łoża prof. Obalińskiego, mylnie podały niektóre dzienniki codzienne. Profesorowie Neisser i Mikulicz, zgodnie z dotychczasowem zdaniem kolegów krakowskich, rozpoznali nieżyt dwunastnicy, oraz kamicę żółciową i odjechali z tem przekonaniem, że woda karlsbadzka uzdrowi radykalnie chorego. Osoba prof. Obalińskiego zajęła siłą pierwszorzędnych i różnorodnych zasług naczelne stanowisko w naszym świecie lekarskim; zalety serca uczyniły go najpopularniejszym i, powiedzmy po prostu, najwięcej kochanym kolegą; przekonani więc jesteśmy, że treść naszego sprostowania wywoła radośny oddźwięk w sercach wszystkich, którzy mieli możność poznać i ocenić czcigodnego profesora. Zdrowie prof. Obalińskiego z każdym dniem poprawia się i wróży niedaleki powrót do zajęć zawodu i powołania.

* Galicyjski inspektor przemysłowy, w sprawozdaniu za rok 1897, zaznacza 1084 nieszczęśliwych wypadków w Galicyi, z których 778 wydarzyło się we właściwym przemyśle, 273 na kolejach i w warsztatach kolejowych, a tylko 33 w rolnictwie. Z liczby 778 wypadków w przedsiębiorstwach przemysłowych, z których 81 było śmiertelnych, przeszło połowa (416) przypada na przemysł drzewny, 140 na budowlany. Przyczynę tego złego stanu dopatruje p. Inspektor w braku odpowiedniego nadzoru, w niedoświadczeniu robotników i lekkomyślnem urządzaniu przedsiębiorstw

Liczba katastrof i nieszczęśliwych wypadków w przemyśle podnosi się w sposób zastraszający z roku na rok: było ich w roku 1897 w Przedlitawii 55,276, o 1800 więcej niż w roku 1896.

Co do chorób, jakim ulegają robotnicy w zawodowej pracy, to były one w roku 1897 te same, co i w latach poprzednich; ilościowo i jakościowo nic się tu nie zmienia, gdyż nic się nie robi, aby ten stan rzeczy poprawić; wiele urządzeń ochronnych, swego czasu zaprowadzonych, obecnie albo wcale nie istnieje, albo jest w stanie do użytku niemożliwym.

* Lekarz powiatu podgórskiego, Dr. Mieczysław Dębowski, mianowany został starszym lekarzem powiatowym.

* W dniu 1 maja b r. wykazano ospę w Galicyi w 25 powiatach i 96 gminach; dur osutkowy — w 24 powiatach i 44 gminach.

* Sprawozdanie zarządu pomocy koleżeńskiej lekarzy Polaków w zaborze pruskim za rok 1896—1897 zaznacza pomyślny rozwój tej instytucyi. Pierwotna liczba członków w ciągu tych dwóch lat podwoiła się, a tem samem urósł stosunkowo i kapitał żelazny. Gdy jednak liczba członków wynosi zaledwo czwartą część ogólnej liczby lekarzy Polaków w państwie pruskiem, dalsze i niesłabnące wpisywanie się do tego Stowarzyszenia jest wielce pożądane pod każdym względem.

* Dr. Norbert Gertler, lekarz w Krakowie, otrzymał na mocy reskryptu c. k. Ministerstwa handlu z dnia 2 marca 1898 r., a w Węgrzech z dnia 27 maja 1898 roku, wyłączny przywilej, z prawem pierwszeństwa w Austro-Węgrzech z dnia 22 stycznia 1898 roku, na proszek do spluwaczek „Antysputol". Nadto stara się o patenty w innych państwach.

Proszek ten, jak nam donosi Dr. Gertler, ma następujące zalety: 1) wstrzymuje rozwój i zabija drobnoustroje chorobotwórcze; 2) uniemożliwia rozkład plwocin; 3) nie jest trującym dla ustroju ludzkiego i zwierzęcego; 4) wchłania łatwo plwociny; 5) ma przyjemną woń; 6) oczyszcza powietrze w pokoju i zapobiega rozwojowi drobnoustrojów, wreszcie, co najważniejsze, 7) będzie bardzo tani.

Doświadczenia, przeprowadzone z tym proszkiem w Zakładzie higieny Prof. Dra Bujwida wykazały, że nawet w ciepłocie 37·5° C., do której ciepłota pokojowa prawie nigdy nie dochodzi, gronkowce, paciorkowce, prątki błonicy Löfflera, cholery azyatyckiej, duru brzusznego, dżumy (pestis), wąglika (hodowle 12—18 godzinne) i prątki gruźlicze zostają zupełnie zniszczone.

Przeprowadzono również doświadczenia z plwocinami suchotników, u których stwierdzono jamy gruźlicze, a przy badaniu drobnowidowem wykazano ogromną ilość prątków gruźliczych. Doświadczenia te wykazały, że „Antysputol" zniszczył wszelkie drobnoustroje z zarodnikami zawarte w plwocinach, gdyż świnki morskie, jak wiadomo, najczulsze na gruźlicę, szczepione plwocinami gruźliczemi, zaprawianemi antysputolem, nie padły i żyją już 5—6 miesięcy; przeciwnie zaś, kontrolne świnki poginęły na ogólną gruźlicę, stwierdzoną sekcyą.

Sprawa ta jest bardzo ważną i na czasie, wobec groźnego szerzenia się gruźlicy i innych chorób zakaźnych zapomocą plwocin. Byłoby bardzo wskazanem, aby Dr. Gertler okazał swój proszek na Zjeździe lekarzy polskich w Poznaniu i aby dla dobra społecznego w jak najkrótszym czasie rozpowszechnił swój wynalazek. Jak z ust wynalazcy dowiedzieliśmy się, „Antysputol" ukaże się w handlu w najbliższym czasie.

* W wykazie lekarzy Polaków, praktykujących podczas obecnego sezonu w miejscach kąpielowych, pominięte zostało nazwisko Dra St. Eljasza-Radzikowskiego, który ordynować będzie, jak lat poprzednich, w Zakopanem.

* Dr. Franciszek Cholewicz ordynować będzie w bieżącym sezonie w Szczawnicy.

* Notatkę naszą o stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w Galicyi („Przegl. lek.", Nr. 23) winniśmy uzupełnić wiadomością, zasięgniętą z urzędowego źródła, że prócz bocheńskiej Rady powiatowej, która uchwaliła ryczałt roczny na zakupno surowicy przeciwbłoniczej, Rada powiatowa wadowicka łoży na ten sam cel od dwóch lat po 100 złr. rocznie.

* Dzienniki rosyjskie donoszą, że prof. kijowskiego Uniwersytetu, Dr. Podwysocki, otrzyma przeznaczenie do zorganizowania Wydziału lekarskiego w Odesie i w krótkim czasie zostanie mianowany dziekanem tego Wydziału.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiell. otrzymali: Rudolf Breiter i Wojciech Stankiewicz.

* Jeszcze jeden pierwiastek składowy powietrza: Na ostatniem posiedzeniu francuskiej Akademii umiejętności odczytał prof. Berthold list londyńskiego profesora Ramsaya, w którym donosi, że destylując 800 sześć. cent. płynnego powietrza, stwierdził on w ostatnich 10 sześcien. cent. nowy, nieznany gaz, który daje 2 piękne smugi widmowe: żółtą, sąsiednią z smugą sodu i zielonawą, tuż przy smudze helium. Nowy gaz, który prof. Ramsay nazwał »kryptonem« (utajony), jest cięższy od tlenu i ma c. g. 22,47. Tlen ma c. g. 16.

* Na jednem z ostatnich posiedzeń francuskiej Akademii umiejętności okazał prof. Arsonval pełną szklankę płynnego powietrza, które w tym stanie ma barwę żółtą i jest nieprzeźroczystem; oczyszczając ten płyn z zlodowaciałych kryształów kw. węglowego, otrzymujemy ciecz przejrzystą i błękitnawą. W pracowni w *Collège de France* wytwarzają maszyną o sile dwóch koni litr ciekłego powietrza w ciągu jednej godziny

Mianowania i odznaczenia: Profesor petersburgskiego lekarskiego Instytutu żeńskiego, Dr. Zaleski, otrzymał stopień rzeczywistego radcy stanu. Prymaryusz oddziału chirurgicznego w Berlinie, Dr. Körte, otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. Docent higieny w Bonn, Dr. Krause, mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Mateusz Rotwand, lat 89, w Warszawie. Dr. Włodzimierz Załoziecki, prymaryusz szpitala czerniowieckiego, prezes bukowińskiej Izby lekar., zmarł we Lwowie w 56 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Nowinach lekarskich* Nr. 6: Dra Czarneckiego: O rzadkim wypadku wywichnięcia kręgosłupa szyjnego z zejściem śmiertelnem. Dra Strojnowskiego: Przypadek niedowładu poprzecznego dolnego na tle przymiotowem. W *Zdrowiu* (Zeszyt 153): Artykuł wstępny w sprawie warszawskiego Towarzystwa higienicznego. Dra S. D.: W sprawie urządzania chłodni w miastach dużych. Dra Buszka: Sprawozdanie zdrowotne uzupełniające za rok 1896 (dok.) Dra Polaka: Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych ostrych (dok.). W *Medycynie* Nr. 24: Sonnenberga E.: Przypadek zniekształcenia włosów bakteryjnego pochodzenia. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 24 Hoyera H: Wskazówki dla badań mikroskopowych układu nerwowego. Luxenburga J.: Zmiany morfologiczne, towarzyszące czynności komórek ruchowych rdzenia Finkielkrauta B: Przyczynek do kazuistyki ciąży zewnątrzmacicznej na podstawie jedenastu przypadków.

Redakcya otrzymała:

— Zarys programu VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, 1898.

— Prof. Dr. Beck A.: Ueber die Giftwirkung des Harnes (odbitka, Bonn, 1898).

— Tenże: Zur innervation der Speicheldrüsen (odbitka, Wiedeń, 1898).

— Dr. Pomorski: III-cie Sprawozdanie z lecznicy w Poznaniu. Poznań, 1898.

— Prof. Dr. Beck A: Badania nad unerwieniem gruczołów ślinowych. Kraków, 1898.

— Doc. Dr. Schiff E i Dr. Freund L.: Beiträge zur Radiotherapie (odbitka), Wiedeń, 1898 r.

— Dr. Bulikowski St.: Noch einige Worte über die Nothwendigkeit durch Staatsgesetz geregelter Prophylaxe der Tuberculose, (odbitka), 1898 r.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Ogłoszenie konkursu.

Wydział powiatowy w Horodence ogłasza niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Czernelicy.

Płaca roczna wynosi 500 złr. z funduszu powiatowego, 200 złr. z funduszu gminy i 250 złr. jako ryczałt Wysokiego Wydziału krajowego na objazdy.

Starający się o posadę wykazać się ma:

1. dyplomem doktora nauk lekarskich;
2. praktyką dwuletnią w zawodzie lekarskim;
3. obywatelstwem austryackiem;
4. świadectwem zdrowia;
5. znajomością języków krajowych. 131—3—2

Termin zgłoszenia się do **30 czerwca 1898.**

Rok XXXVII. Kraków 25. Czerwca 1898. Nr. 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O formalnych przewinieniach lekarskich

podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

Przed niespełna dwoma laty zestawiłem w krótkim wykładzie istotę oraz sposoby oceniania tak zwanych błędów lekarskich, czyli materyalnych przewinień lekarskich. Krahmer dzieli bowiem wszystkie przewinienia lekarskie wedle prawa pozytywnego i praktyki sądowej na formalne, materyalne i mięszane, czyli obojnacze. Pierwsze z nich są to przekroczenia formalnych ustaw, obowiązujących lekarza, drugie są wykroczeniami przeciw zasadom sztuki lekarskiej, trzecie łączą w sobie cechę pierwszych i drugich. Do obojnaczych zalicza Krahmer zaniedbanie lub odmowę niesienia pomocy lekarskiej bez słusznego powodu.

Ponieważ uwagi moje, ogłoszone przed dwoma laty, objęły przewinienia materyalne i mięszane, czyli obojnacze, przeto uważam za stósowne, celem uzupełnienia całości, rozpatrzeć pokrótce także i przewinienia formalne, niemniej od poprzednich w praktyce ważne.

Rozpatrzenie zaś tych formalnych przewinień uważać należy tem bardziej za potrzebne i wskazane, ponieważ większość lekarzy wstępując w życie praktyczne nie zna tych obowiązków, jakie nakłada na nich ustawodawstwo, często pod groźbą dotkliwej kary. Krahmer zalicza do przewinień formalnych: partactwo lekarskie osób, do praktyki lekarskiej nieuprawnionych, nadużycie zaufania chorego, czyli niedochowanie tajemnicy zawodowej, wydanie fałszywego świadectwa o stanie zdrowia i nierząd z choremi, powierzającemi się pieczy lekarza.

Z tych przytoczonych przewinień formalnych pierwsze t. j. partactwo, usuwa się z pod rozwagi jako nie tyczące się lekarzy.

Przystępując do kolejnego, krótkiego roztrząśnienia istoty przewinień formalnych, uważam za stósowne poprzedzić poszczególne wywody istniejącymi w tej mierze ustępami ustawy.

Tajemnica lekarska i jej dochowanie uchodziły za dogmat już w najodleglejszej starożytności, zanim jeszcze jakiekolwiek ustawy lekarzom je nakazały. Już w pismach Charaki, obok Susruty najsłynniejszego indyjskiego autora prac lekarskich, znajdujemy ustęp, nakazujący lekarzowi dochowanie tajemnicy wydarzeń, zaszłych w domu chorego, wzbraniający również pouczać chorego, lub osoby z jego otoczenia, o groźnym stanie choroby, jeśliby to miało sprowadzić im jakąkolwiek szkodę. Wyraźnie wspomina o obowiązku dochowania tajemnicy lekarskiej Hippokratesowa rota przysięgi:... „cokolwiek jednak wśród leczenia zoczę lub usłyszę, lub poza leczeniem w codziennem życiu się dowiem, zachowam dla siebie, o ile nie powinno być dalej rozszerzanem, uważając to za tajemnicę“. W postanowieniach szkoły Pitagorasa, złożonej przeważnie z lekarzy, uchodzi milczenie za cnotę. W uznaniu milkliwości lekarskiej, nazywa Vergili sztukę lekarską „ars muta“.

Tak więc uchodziło dochowanie zawodowej tajemnicy między lekarzami oddawna za obowiązek, uświęcony na razie prawem zwyczajowem, a z czasem ustawami, unormowanemi przez państwa.

Obecnie, z wyjątkiem kodeksów karnych, greckiego, angielskiego, norwegskiego i niektórych kantonów szwajcarskich wszystkie inne kodeksy europejskie zastrzegają przymus tajemnicy lekarskiej, jużto mówiąc wyraźnie o tajemnicy lekarskiej (§. 300 kod. niemiec., §. 378 cod. pénal franc., §. 458 c. p. belg., §. 328 kod. węgier., §. 490 k. austr., §. 60 szwedzkiej instrukcyi z r. 1890), już też mówiąc w ogóle o tajemnicy, do posiadania której doszło się na podstawie właściwego zawodu (§. 272 kod. holend., §. 163 kod. włosk., §. 290 kod. portug., §. 424 kod. rosyjs.).

Osnowa odnośnych ustępów poszczególnych ustaw różni się między sobą. I tak: we Francyi nie jest lekarz obowiązanym zdradzać tajemnic, na mocy swego zawodu uzyskanych, nawet na żądanie władzy, a to w myśl rozporządzenia z dnia 28 września 1832 r., znoszącego przepisy, które go aż do tej chwili zniewalały do złamania tajemnicy na rozkaz władzy. Kodeks niemiecki zastrzega zupełną tajemnicę lekarską, opiewając „.... lekarze, chirurdzy, akuszerki, aptekarze, oraz pomocnicy tych osób ulegną karze grzywny do 1500 Mr. albo więzienia aż do 3-ch miesięcy, jeśli wyjawią bez upoważnienia (unbefugt) tajemnice prywatne, do posiadania których doszli na mocy swego urzędu, zawodu lub zatrudnienia (Gewerbe)“. Lekarz niemiecki nie jest zatem obowiązany zdradzać tajemnic zawodowych przed władzą, nawet na jej żądanie, z wyjątkiem tylko tajemnicy, objętej §. 139 k. k. niem.; w myśl bowiem brzmienia tego §. 139 k. k. ulega karze każdy, zatem i lekarz, jeśli nie doniesie władzy o zamiarze dokonania zbrodni stanu, lub zbrodni w ogóle niebezpiecznej, w czasie, w którym, gdy się o tym zamiarze dowiedział, można było skutecznie zapobiedz spełnieniu jej.

Kodeks karny rosyjski wyraża się ogólnie o przekroczeniu tajemnicy zawodowej w §. 424 w sposób następujący: „Za rozgłaszanie rzeczy, które winny być zamilczane,... ulega winny, zależnie od ważności rzeczy i mniej lub więcej dotkliwych skutków, jakie ztąd wynikły lub wyniknąć muszą, albo złożeniu z urzędu, albo usunięciu ze służby, albo jeszcze ponadto karze więzienia od 4—8 miesięcy“. Ogólnikowa stylizacya powyższego przepisu odnośnie do obo-

wiązku dochowania tajemnicy lekarskiej skłoniła Towarzystwo dermatologiczne w Petersburgu do wydania szeregu tez określających bliżej obowiązek dyskrecyi lekarskiej.

Obecnie obowiązujący austryacki kodeks karny określa w §. 498 niedochowanie tajemnicy lekarskiej jako przekroczenie w słowach następujących: „lekarz, chirurg, akuszer lub akuszerka, którzy wyjawiają tajemnicę osoby, ich pieczy powierzającej się, komu innemu, prócz władzy właściwej, urzędownie o to się pytającej, karani będą, za pierwszym razem przekroczenia tego, zabronieniem praktykowania na 3 miesiące, za drugim razem na rok, za trzecim na zawsze“. W §. 499 jest mowa o podobnem przekroczeniu ze strony aptekarzy; o obowiązku milkliwości ze strony akuszerek wspomina także §. 17 rozp. min. sprawiedl. z d. 4 czerwca 1881, Nr. 54 Dz. u. p.

Z powyższych przepisów wynika, że kodeks austryacki uznaje tylko względny obowiązek milkliwości lekarskiej t. j. obowiązek utrzymania tajemnicy wobec wszystkich za wyjątkiem władz. Zatem, podczas gdy w Niemczech, Francyi i t. d. przysługuje lekarzowi prawo uchylenia się od zeznań pod osłoną milkliwości zawodowej, to u nas musi lekarz wyjawić przed sądem tajemnice, w posiadanie których wszedł na mocy swego zawodu, a to tem bardziej, że §. 151 i 152 p. k. nie wymienia lekarzy między osobami, których jako świadków, nie wolno przesłuchać, względnie które są wolne od obowiązku zeznawania. Jedynie mógłby tylko lekarz odmówić zeznań na podstawie §. 153 p. k. który opiewa: „gdyby złożenie świadectwa lub odpowiedź na zapytanie pociągały za sobą bezpośrednią a znaczną stratę majątkową świadka, lub narażały na hańbę jego samego, lub kogo z jego rodziny, a świadek z tego powodu świadectwa by odmawiał, nie może on być do świadectwa zniewolonym chyba tylko w nader ważnych przypadkach“. Nikt nie zaprzeczy, że wyjawienie wobec sądu tajemnicy zawodowej może pociągnąć dla lekarza straty materyalne, że zatem uzasadnionem by było uchylenie się jego od zeznań na podstawie §. 153 p. k. Cóż kiedy §. 153 p. k. nie daje podstawy do bezwzględnego uchylenia się świadka od zeznań, skoro może być do zeznań zniewolonym „w nader ważnych przypadkach“, t. j. w przypadkach uznanych za ważne przez sędziego.

W ustawodawstwie naszem uderza szczególna surowość względem lekarzy, tem bardziej, że podczas gdy adwokaci są wolni od składania zeznań, tyczących się zawodowo powierzonych im tajemnic (§. 152, 2 p. k.), to lekarzom nie przysługuje wcale podobny przywilej.

Rozgłaszanie przez lekarzy ustnie, czy pisemnie tajemnic zawodowych w celach naukowych, n. p. w pismach naukowych, ulega w Niemczech, Francyi i t. d. karze za przekroczenie obowiązku zawodowej milkliwości. U nas podobne przekroczenie podpada pod osobny §. 489 kod. k., który opiewa że „obrazy czci staje się winnym, kto w dziełach drukowanych, rozszerzanych pismach lub obrazowych przedstawieniach, lub kto, nie będąc do tego przez szczególne okoliczności zmuszonym publicznie, przeciw drugiemu rozgłasza czyny czci uwłaczające, chociażby prawdziwe z życia prywatnego lub rodzinnego“. Rozumie się samo przez się, że można uniknąć tego przekroczenia, jeśli się n. p. przypadek kazuistyczny odda do druku w stosownej a oględnej formie, t. j. bez podania szczegółów, zwracających uwagę na daną osobę. Przed dwoma laty zasądzono autora głośnych prac psychiatrycznych, Aubry'go, na grzywnę i skonfiskowano nakład ogłoszonej przez niego pracy, w której podał opis rodziny pewnego, zmarłego już zbrodniarza, jako przyczynek do dziejów dziedziczności. Zasądzenie nastąpiło wskutek skargi o obrazę czci, wniesionej przez pozostałą rodzinę zbrodniarza, a popartej dowodem, że chociaż w pracy nie były wymienione imiona członków rodziny, lecz mimo to można było z opisu członków tych rozpoznać.

Ażeby się uchronić od podobnego przekroczenia przy przedstawianiu chorych, lub ich podobizn n. p. w towarzystwach naukowych, należy wpierw uzyskać w tym celu pozwolenie chorego.

Obowiązek dochowania tajemnicy zawodowej sprawia lekarzowi niejednokrotnie wielkie przykrości, choćby tylko ze względu na rozterkę umysłową i walkę wewnętrzną między poczuciem obowiązku zawodowego, a poczuciem ogólnoludzkiem. Weźmy pod rozwagę stosowny przykład. I tak zjawia się u specyalisty chorób wenerycznych jego przyjaciel z zapytaniem, czy N. N. młody człowiek, mający pojąć córkę jego za żonę, jest zdrowym i nie cierpi na rzeżączkę lub kiłę? Lekarz zna przyszłego zięcia swego przyjaciela, leczy go n. p. na przewlekłą rzeżączkę i radzi mu odłożyć ślub do chwili uleczenia się, atoli ten nie chce tego uczynić, głównie dla tego, aby nie wzbudzić niekorzystnego dla siebie podejrzenia u przyszłych swych teściów i żony. Kiedy się przyjaciel pyta lekarza o stan zdrowia człowieka, któremu ma powierzyć swe dziecię, przypomina sobie lekarz słowa Schroedera, malujące grozę przyszłego losu córki przyjaciela: „jako czerstwe dziewczę wstąpiła pełna błogich nadziei w związek małżeński, i zaraz przykuta na kilka tygodni do łoża, wskutek choroby narządów płciowych, powstaje z niej jako złamana i na całe życie schorzała kobieta“. W tej chwili powstaje w duszy lekarza konflikt między poczuciem obowiązku milkliwości zawodowej, a poczuciem, że jedno jego słowo oszczędziłoby przyjacielowi sporo zmartwień i nieszczęścia.

Obowiązek zmusza go do odmówienia przyjacielowi żądanych wyjaśnień; w dodatku wreszcie musi tę odmowę w ten sposób ułożyć, aby z niej nie tylko wprost, lecz nawet i pośrednio nie wynikała dla przyjaciela przestroga, dla młodego zaś człowieka ewentualność rozejścia się zamierzonego małżeństwa. Podobne postępowanie ze strony lekarza jest prawnie poprawnem i właściwem; zapytajmy się jednak, czy ono jest poprawne ze stanowiska ogólno-ludzkiego? Zapewne, że nie. Wszakżeż jest obowiązkiem każdego człowieka przestrzedz bliźniego przed grożącem mu niebezpieczeństwem, w czasie, gdy zażegnanie jego jest jeszcze możliwem. Czyż zatem ze wszechmiar humanitarny zawód lekarski ma pod tym względem hołdować innej zasadzie etycznej? Lekarz paryzki Gaide potępia w surowych słowach obowiązek milkliwości lekarza w podobnych razach, dodając, że nie wahałby się nigdy przestrzedz osoby, pytającej się o zdrowie człowieka, mającego pojąć córkę jej za żonę, i chętnie poniósłby karę za niedochowanie tajemnicy, bo poczucie, że spełnił ludzki uczynek, byłoby mu wystarczającem zadośćuczynieniem. Z drugiej atoli strony, pomijając stronę prawną, trzeba przyznać słuszność wywodom Placzka. Zdaniem jego, każdy człowiek powierza swe tajemnice osobom znajomym, których dyskrecyi ufa; chory nie ma w tym

względzie pozostawionego sobie wyboru, on nie zna zasad etycznych lekarza, wie jednak, że lekarz obowiązanym jest zachować w tajemnicy jego chorobę. Rozstrzygnięcie powyższego dylematu byłoby u nas możliwszem, niż gdziekolwiek indziej, a to z powodu odmienności naszych przepisów ustawowych, tyczących się obowiązku milkliwości.

W §. 53 naszego ustawodawstwa cywilnego jest mowa o przeszkodach w zawarciu związku małżeńskiego, przyczem wymienione są choroby zakaźne jako czynnik, stanowiący ustawową przeszkodę dla mającego się zawrzeć małżeństwa. Słuszności brzmienia tego §. nikt nie zaprzeczy, cóż kiedy §. ten pozostaje martwą literą, bo ustawa nie nakazuje przekonać się przed zawarciem małżeństwa o stanie zdrowia obu stron, pragnących się połączyć. Otóż zdaje mi się, że jeżeli u nas obowiązanym jest lekarz wyjawić tajemnicę zawodową na żądanie władz, to mógłby tem samem być uprawnionym do wyjawienia tej tajemnicy na żądanie osób interesowanych w sprawach małżeńskich, choćby nawet z tego względu, aby przepis zawarty w §. 53 u. c. zyskał na praktycznem znaczeniu.

Że wyjawienie tajemnicy osobom interesowanym w sprawach małżeńskich byłoby pożądanem ze względów społecznych, zdaje mi się, iż nie potrzebuję dowodzić. Ileżby to bowiem uniknęło się nieszczęść dla jednostek i społeczeństwa, gdyby się w ten sposób przeszkadzało wstępować w związki małżeńskie osobom, dotkniętym kiłą, gruźlicą, chorobami umysłowemi itd.

W związku z sprawą milkliwości lekarskiej, której szczegóły nie mogą być objęte ramami wykładu, pozostaje obowiązek nałożony u nas na osoby, poświęcające się służbie zdrowia. Obowiązek ten określa §. 359 k. k. następującemi słowy: „lekarze, chirurdzy, aptekarze, położne, oglądacze zmarłych, za każdym razem, gdy im się zdarzy taki przypadek choroby, zranienia, porodu lub śmierci, z którego się okazuje podejrzenie o zbrodnię, lub występek, lub w ogólności podejrzenie o gwałtowne, przez osoby trzecie zrządzone nadwerężenie zdrowia, obowiązani są bezzwłocznie o tem donieść władzy, a zaniedbanie takiego doniesienia będzie karane, jako przekroczenie, karą pieniężną od 10 do 100 złr.“ Powyższy przepis ustawowy, wyróżniający stan lekarzy, położnych itd. od innych stanów, w sposób dla nich niekoniecznie korzystny, jest mało znanym ogółowi lekarzy. I tak toczył się przed kilku laty spór między lekarzami jednej z naszych lecznic na temat czy lekarz jest obowiązanym donosić władzy o przypadkach, budzących podejrzenie popełnionej zbrodni? Przypadek tyczył się położnicy, przywiezionej zaraz po odbytym porodzie, a zaprzeczającej stanowczo jakoby kiedykolwiek rodziła. Wśród sporu zwyciężyła myśl szlachetniejsza, lecz z ustawą niezgodna, że lekarz nie jest donosicielem władzy. Ponieważ w przypadku powyższym położnica dopuściła się zbrodni czynnego dzieciobójstwa, a lekarz przyjmujący ją w leczenie zaniedbał donieść o tem władzy, przeto uległ karze z powyższego ustępu k. k. Obowiązek powyższy, istniejący wyłącznie tylko u nas, w Austryi, może się łatwo stać dla lekarza źródłem dotkliwych przykrości. Lekarz powinien z natury swego zawodu budzić nieograniczone zaufanie w osobach, powierzających się jego opiece; tymczasem musi to niezbędne zaufanie chorych względem lekarza uledz zachwianiu, skoro go ustawa czyni pomocnikiem swym w wykrywaniu przestępstw. Słusznie też potępia powyższy ustęp ustawy Schlegtendal, podnosząc wyższość w tym względzie niemieckiego kodeksu karnego, który nie nakłada podobnego obowiązku na lekarzy.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki położniczo-ginekologicznej Prof. Dra Czyżewicza we Lwowie.

O zapobieganiu gorączce połogowej i przyrannej

podał

b. asystent Dr. Józef Starzewski,
dyrektor szpitala powszechnego w Tarnowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Z powodu trudności w uzyskaniu potrzebnych większych zapasów surowicy Marmorka, rozpocząłem dopiero w lipcu, 1897 roku, moje doświadczenia na materyale lwowskiego zakładu położniczego.

Surowicy o sile uodporniającej, 0·1 na 300·0 grm. żywej wagi, stwierdzonej doświadczeniami na zwierzętach w uniwersyteckim zakładzie higienicznym w Krakowie dostarczył bezinteresownie prof. Bujwid.

Obliczając przeciętną wagę kobiety na 60 klgrm., potrzeba by było wstrzyknąć tej surowicy 10 grm., aby ją zabezpieczyć przeciw 5-ciokrotnej śmiertelnej dawce paciorkowca ropotwórczego.

Przeprowadzenie wstrzykiwań ochronnych rodzącym nie przedstawiało trudności w obec tego, że prof. Czyżewicz oddał cały materyał kliniczny do rozporządzenia. Cała trudność leżała w wyciągnięciu wniosków z dokonanych spostrzeżeń, gdyż słusznie mógłby ktoś zarzucić, że niewiadomo, czyby równie dobrze i bez gorączki nie przebiegały połogi bez szczepień ochronnych. Znaną jest bowiem rzeczą, iż liczba gorączkujących położnic w każdym zakładzie nie jest stałą, lecz waha się znacznie, zależnie od różnych, nie dających się bliżej określić, przyczyn.

Aby uniknąć takiego zarzutu i mieć ścisłą miarę do oceniania działania surowicy, podzieliłem *à priori* cały materyał kliniczny na dwie połowy według liczb porządkowych protokółu przyjęcia. Rodzące, mające liczbę bieżącą parzystą dostawały wszystkie bez wyjątku wstrzyknięcie surowicy; rodzące z liczbą nieparzystą pozostawiono dla kontroli, a więc wstrzykiwań nie dostawały. Wszelkie inne warunki były zresztą dla obydwu połów zupełnie równe. Rodziły równocześnie na tej samej sali porodowej, leżały obok siebie na wspólnych salach położnic, były obsługiwane podczas porodu i połogu przez te same akuszerki itd.

Każda rodząca była badana przynajmniej przez lekarza dyżurnego, akuszerkę i 3 uczennice. W przypadkach porodów nieprawidłowych, operacyjnych, badała znacznie większa liczba osób w celach dydaktycznych.

Do mycia rąk przed badaniem wewnętrznem używano zwykłej ciepłej wody, mydła szarego i szczotki leżącej stale w roztworze sublimatu, następnie wody sublimatowej $^1/_{10}$ procentowej.

Rodząca, o ile jej stan na to pozwalał, dostawała całą kąpiel. Instrumenta gotowano we wodzie przez 5 minut przed operacyą, następnie wkładano do 3% wody karbolowej. Przestrzykiwań pochwy, tem bardziej macicy, nie stósowano nigdy, ani podczas porodu, ani podczas połogu.

W ogólności warunki w zakładzie położniczym lwow-

skim są nie zbyt korzystne dla bezgorączkowego przebiegu połogu, z powodu zbyt wielkiego nagromadzenia położnic w jednym budynku (przeszło 1300 porodów rocznie), znacznej liczby uczennic, stosunkowo małego personalu lekarskiego i zakorzenionego zwyczaju przywożenia do zakładu kobiet dopiero po rozpoczęciu porodu i poprzedniem zbadaniu przez akuszerkę na mieście.

Ogólna liczba obserwowanych położnic wynosiła 288 w czasie od połowy lipca do połowy października 1897 r., z przerwą dwutygodniową w sierpniu, z powodu Zjazdu lekarzy w Moskwie.

Rodzące, opatrzone przez urzędnika w izbie przyjęcia liczbą porządkową parzystą, w ogólnej liczbie 144, dostały wstrzyknięcia surowicy bezpośrednio po ukończonym porodzie. Początkowych 56 dostało po 5 grm. surowicy, dalszych 88 po 10 grm.

Wstrzyknięcie robiono w tkankę podskórną podudzia, zwykłą 10 grm. strzykawką po poprzedniem oczyszczeniu pola operacyjnego wacikiem namoczonym w eterze i odwietrzeniu strzykawki najpierw eterem, później 3% wodą karbolową. Ranki po wstrzyknięciu nie pokrywano opatrunkiem.

Dla uniknięcia jakiejkolwiek sugestyi, nie objaśniono akuszerek, mierzących ciepłotę położnicom, w jakim celu robiono wstrzykiwania. W ten sposób błędy przypadkowe przy mierzeniu ciepłoty musiały się odnosić w równej mierze do wszystkich położnic, a więc nie mogły wchodzić w rachubę przy porównywaniu ciepłoty obydwu połów.

Czas obserwacyi położnicy wynosił przeciętnie 12 dni. Za gorączkującą położnicę uważano taką, której ciepłota ciała przekraczała 37·5°. Przy ostatecznym obrachunku położnic gorączkujących nie uwzględniono tych, u których stwierdzono tylko jednorazowe podniesienie ciepłoty, bez żadnej dającej się wykazać przyczyny, jakoteż położnic u których wykazano, jako przyczynę podniesienia ciepłoty powód, nie stojący w związku z zakażeniem połogowem np. zapalenie płuc dławcowe, zapalenie ostre gardła, grypę itd.

Szczegółowy wynik obserwacyi, wyrażony w liczbach przedstawia następujące zestawienie:

	I.	II.	III.
	Położnice pozostawione dla kontroli z liczbą bieżącą nieparzystą, którym surowicy nie wstrzyknięto.	Położnice, którym wstrzyknięto 5 grm. surowicy.	Położnice, którym wstrzyknięto 10 grm. surowicy.
Ogólna liczba obserwowanych położnic . .	144.	56·	88·
Z tego: pierwiastek . .	57	26·	34·
wieloródek . .	87	30·	54·
Położnic operowanych .	24 = 16·67%	16 = 28·57%	14 = 15·91%
Położnic, które rozpoczęły poród w mieście . .	2 = 1·38%	3 = 5·35%	7 = 7·95%
Położnic, które bezpośrednio po porodzie zgłosiły się do Zakładu .	1 = 0·69%	2 = 3·57%	3 = 3·41%
Porodów nieprawidłowych	26 = 18·50%	19 = 33·93%	19 = 21·59%
Położnic gorączkujących	25 = 17·36%	4 = 7·14%	5 = 5·68%
Przeciętny czas trwania gorączki u 1 położnicy	3·80 dni	2·77 dni	2·40 dni

Operacye wykonano następujące:

	I.	II.	III.
	Położnice pozostawione dla kontroli z liczbą bieżącą nieparzystą, którym surowicy nie wstrzyknięto	Położnice, którym wstrzyknięto 5 grm. surowicy.	Położnice, którym wstrzyknięto 10 grm. surowicy.
Episiotomia	1.	1.	1.
Sutura rupturae perinei .	10.	2.	3.
Punctio velumentorum .	1.	—	1.
Repositio funiculi umbilicalis	—	—	1.
Versio in pedes	3	3.	4.
Extractio manualis foetus	5.	9.	7.
Foreps	4.	3.	6.
Trepanatio	—	1.	—
Decapitatio	—	—	1.
Sectio caesarea	1.	—	—
Extractio manualis placentae	4.	—	—

Z powyższych liczb widzimy, że pomiędzy położnicami pozostawionemi dla kontroli (I), było gorączkujących przeszło 2 razy więcej w porównaniu do położnic zaszczepionych 5-ma grm. surowicy (II), a przeszło 3 razy więcej w porównaniu do położnic, które dostały po 10 grm. surowicy (III), pomimo tej przypadkowej korzystnej okoliczności, że było wśród nich mniej operowanych (stosunek I. II. III. jak 1:2·04:3·05), mniej badanych poprzednio po za zakładem (I. II. III = 1:3·08:5·08) i mniej położnic, które dopiero po odbytym porodzie na mieście do zakładu się zgłosiły (I. II. III = 1:50·1:48·9). Także przeciętny czas trwania gorączki był znacznie krótszy u położnic uodpornionych (immunizowanych).

Szkodliwego działania surowicy w żadnym przypadku nie zauważono. Ból w miejscu wstrzyknięcia był nieznaczny. Miejscowe zaczerwienienie i lekki obrzęk znikały w krótkim czasie bez śladu.

Dziwny i niewytłómaczony wpływ wywierały wstrzyknięcia surowicy na zdrowie noworodków. Zauważono, że u dzieci położnic uodpornionych rzadziej występowała żółtaczka.

Nie przesadzając, jakie wyniki dadzą dalsze analogiczne doświadczenia ze surowicą Marmorka na liczniejszym materyale i w odmiennych warunkach, opierając się li tylko na powyżej przytoczonych konkretnych liczbach, musimy przyjść do przekonania, że sposób zapobiegania gorączce połogowej i przyrannej za pomocą szczepień ochronnych, wobec wrodzonej niedoskonałości anty- i aseptyki ma znaczenie zasadnicze.

Poczuwam się do miłego obowiązku złożenia na tem miejscu szczerego podziękowania memu byłemu szefowi, profesorowi Czyżewiczowi, oraz prof. Bujwidowi, za odstąpienie i dostarczenie materyału do powyższych doświadczeń.

III. Kilka słów o badaniu i leczeniu zeza towarzyszącego

podał

Dr. Karol Brudzewski.

(Ciąg dalszy).

W zezie rozbieżnym i niedomodze mięśni prostych wewnętrznych tenotomia już dawno została zaniechaną, jako zabieg dający za małe wyniki, bo jako efekt końcowy najwyżej 10°. Jedyni Amerykanie wykonywują w tych razach tenotomię mięśni zewnętrznych prostych, a choć chwalą ten zabieg, to z rozprawy Landolta można się przekonać, jak łatwo, tak operując, osięga się dla dali zbieżność, bez usunięcia wystarczającym zakresem zbieżności niedomogi mięśniowej. To też, widząc wszystkie te złe strony tenotomii, nie wahał się Landolt zalecić na jej miejsce obustronną antepozycyą antagonistów, a ogłoszone przez niego prace są więcej niż zachęcające do naśladowania. Operując bowiem zez, chodzi nam nietylko o prawidłowe ustawienie oka, ale i o zachowanie wszystkich ruchów jego, o ile to się tylko da osiągnąć; a osiągnąć to można w przeważnej liczbie przypadków i antepozycyą. Antepozycya mięśnia samego nie daje większej poprawy zboczenia w przecięciu, jak około 15°; wykonana wraz z otaczającą mięsień torebką Tenona, jak wykonywaną być powinna, może dać więcej niż 20°; jeśli zatem w zezie zbieżnym wykonamy ją obustronnie, na obu mięśniach zewnętrznych prostych, to wynik operacyi wynosić może 40—45°. Tenotomia obustronna także więcej nieda, jeśli operując, operator będzie się wystrzegał zbytniego upośledzenia ruchomości w kierunku mięśnia operowanego. Dodając do antepozycyi jeszcze i resekcyę kawałka ścięgna mięśnia przemieszczanego i zbliżając go tak silnie ku rogówce, ile się tylko da, możemy usunąć i wyższe stopnie zezu, które tylko wtedy tenotomią usuniemy, jeśli do niej dodamy antepozycyą, bądź to antagonisty, bądź też (sposobem Weckera) jego torebki. Nader wysokie stopnie zezu wogóle ubezwładniają do pewnego stopnia nasze zabiegi operacyjne i nie mogą być ich kamieniem probierczym. W średnich stopniach antepozycya zupełnie wystarcza do usunięcia zboczenia gałki. Nikt nie wątpi, że zez rozbieżny lub niedomogę mięśni prostych wewnętrznych jedynie antepozycyą tych mięśni usunąć można, gdyż one są słabsze niż mięśnie proste zewnętrzne; równie dobrze można twierdzić, że i zez zbieżny polega nie tyle na zbyt silnym rozwoju mięśnia prostego wewnętrznego, jak raczej na względnej wątłości mięśni prostych zewnętrznych, czego dowodzą różne spostrzeżenia kliniczne. Już samo badanie kliniczne wykazuje stałe obustronne upośledzenie ruchomości ku skroni, co zaiste nie świadczy o zbytniej sile mięśni zewnętrznych prostych; toż samo stwierdzają niepowodzenia po bardzo nawet wydatnej tenotomii, jeśli się nie zapomina, że ustawienie gałki zależy niemal wyłącznie od siły antagonisty. Przytem doświadczenia Schnellera stwierdzały toż samo anatomicznie. Zauważył on przy antepozycyach, co zresztą jest i klinicznie znanym objawem, że w zezach zbieżnych ścięgno mięśnia zewnętrznego prostego jest nader słabo rozwinięte tak, że je nieraz trudno od tkanek otaczających odróżnić. Ścięgno jest zwykle rozwinięte w stosunku do siły mięśnia; zatem słaby rozwój ścięgna świadczy o małej sile mięśnia; a obnażając, dla przekonania się o tem, mięsień, nieraz do $1/3$ jego długości, zauważył Schneller, że mięsień jest rzeczywiście bardzo słabo rozwinięty. Nic więc naturalniejszego, jak myśl, aby mięsień słaby wzmocnić zabiegiem operacyjnym tak, iżby we wszystkich ruchach mógł skutecznie utrzymać równowagę. Zatem obok prawidłowego ustawienia gałki w szparze powiekowej, t. j. obok usunięcia zboczenia, ma antepozycya i inne korzystne strony. Przez to samo, że po tej operacyi gałka głębiej leży w lejku mięśniowym, przez to samo mięśnie lepiej działać mogą na ruchy, unika się również trzeszczowatości i zapadnięcia mięska łzowego, które to objawy towarzyszą tenotomii. Ruchy ku skroni wzmagają się do normy i to nie przez osłabienie antagonisty, ale przez korzystniejsze położenie przyczepu mięśnia, przyczem ruchy ku nosowi, zatem w kierunku mięśnia nieoperowanego nie ulegają żadnemu, albo tylko minimalnemu ograniczeniu, ale nie kosztem osłabienia, lecz wzmocnieniem mięśni. Przy zwiększającem się napięciu w łuku mięśniowym wzrasta siła w obu mięśniach, jak to wykazał doświadczeniami Czermak; zatem upośledzenie ruchów ku nosowi o 1° lub 2° niema żadnego znaczenia. A zakres zbieżności? I tu doświadczenie wykazało, że antepozycyą nie tylko pełny zakres jedenastu kątów metrycznych otrzymać można, ale nieraz i więcej, gdyż mięśnie wewnętrzne proste nie są osłabione. Antepozycyą zatem nietylko można usunąć zboczenie, ale i przywrócić pełne skojarzone ruchy gałki, należyty zakres zbieżności, tak potrzebny do pełnej funkcyi widzenia obuocznego; na tem polega wyższość jej nad tenotomią. Zarzut, że jest to operacya uciążliwa i niepewna i że nie da się dawkować, nie jest uzasadniony. Prawda, że tenotomię można wykonać w kilku minutach i że leczenie pooperacyjne jest nader krótkie, ale dlaczego mamy się tak znowu spieszyć, jeśli chodzi o przywrócenie tak ważnej funkcyi, jak widzenie dwuoczne? Niepewną nie jest, bo jeśli mocnemi nitkami chwycimy z jednej strony mięsień daleko od rogówki przez wszystkie tkanki i, idąc dość głęboko w tkance nadtwardówkowej (przedniej części osłonki Tenona (Motais)), zajmiemy ostrą a delikatną igłą nieco powierzchownych warstw samej twardówki (Landolt), nie ma obawy, aby szwy puściły. Co zaś do dawkowania, to ono także i przy wykonaniu tenotomii jest tylko względne. Nie operujący, ale natura sama dawkuje końcowy efekt operacyjny; bo jeśli słyszymy zdanie o dawkowaniu na pół milimetra, to przy istniejącem widzeniu podwójnem (diplopia), obrazki odpowiadać mogą 2—3° odległości przy pół milimetrowym błędzie dawkowania, a skojarzenie ich w jeden sama natura, nie lekarz, już wykona. Dawkować można tylko w przybliżeniu, ustawiając operacyą osie równolegle, o ile się to na oko da ocenić, i pamiętając, że po tenotomii łatwo wystąpić może hiperkorekcya. Doświadczenie tylko nas poucza, że dobrze jest pozostawić około 5° zbieżności, aby temu następstwu zapobiedz. Przy antepozycyi przeciwnie doświadczenie wykazuje, że lepiej wywołać nadmiar operacyjny, gdyż po wyjęciu nitek część efektu operacyjnego ustępuje. Zdarza się że antepozycya mięśni prostych zewn. nie usunie zupełnie zeza; wtedy nic nie przeszkadza, aby do niej, gdy efekt jej się ustalił, dodać małą tenotomię, nacinając jaknajmniej torebkę Tenona mięśnia zezującego to jest prostego wewnętrznego. Zawsze jednakże antepozycya ma być operacyą zasadniczą, a tenotomia tylko operacyą poboczną, uzupełniającą i potrzebną zwykle tylko w nader wy-

sokich stopniach zeza. O ile niema wprawdzie przy antepozycyi obawy, jeżeli była dobrze wykonana, aby z zeza zbieżnego powstał z czasem rozbieżny, to jest jednak inna rzecz, dość dla pacyenta przykra, t. j. długi czas utrzymujące się zgrubienie i zaróżowienie spojówki, w miejscu gdzie przemieszczony mięsień przyrósł. Te czerwone plamy, które po tenotomii giną w 2, najdalej w 3 tygodnie, pozostają po antepozycyi bardzo długo, nawet 4 miesiące i choć ustąpią, to przecież w tych miejscach pozostają trwałe wyniosłości żółtawe, okazujące nowe miejsce przyczepu mięśnia. Jednakże te usterki tak mało znaczą obok głównych zalet antepozycyi, że łatwo się z niemi pogodzić można.

W zezie rozbieżnym i niedomodze mięśni wewnętrznych prostych, korzyści antepozycyi mięśni prostych wewnętrznych są tak bijące w oczy, że tu zabieg ten dawno już tenotomię wyrugował. Jedni amerykanie, jak wspomniano metodycznie jeszcze tenotomują mięśnie zewnętrzne proste. Ale i tu Schweigger wykazał, jak nieznaczącym jest zabiegiem tenotomia, a Landolt, jak wiele zyskujemy antepozycyą obustronną. W zezie rozbieżnym, który powstaje w późniejszym wieku, zwykle albo jest zdwojone widzenie samoistne, nieraz dla pacyenta nader przykre, albo też nader łatwo je wywołać; w niedomodze mięśni prostych wewnętrznych zwykle jest i dla pewnej odległości widzenie dwuoczne, to też wzmocnienie mięśni prostych nietylko sprowadza do normy ich ruchy boczne, także upośledzone na obu oczach ku nosowi, ale stwarza pełny zakres zbieżności w zezie rozbieżnym, obok prawidłowego ustawienia oczu, uzupełnia ją do normy w niedomodze mięśniowej, a obuoczne widzenie wraca tu nierównie prędzej, niż gdziekolwiek. To też są to najwdzięczniejsze przypadki dla operatora. Operacya zezu powinna być zawsze obustronnie wykonana, bo zez nie jest zmianą położenia jednego oka, ale obu ócz; a tylko ruchem skojarzonym oko jedno, zwykle dla tego, że lepsze, ustawiamy w celu dobrego widzenia w pośrodku szpary powiekowej. Jednooki zezować nie może. Kiedy operować i o ile zboczenie poprawić? są to dwa pytania, które się wreszcie jeszcze nasuwają.

Utrzymywało się do niedawna prawie powszechne twierdzenie, aby przed 9 lub 10 rokiem życia nie operować, a odnosiło się to wyłącznie do tenotomii mięśni wewnętrznych prostych. Widmo późniejszej rozbieżności osi ocznych, jak doświadczenie pouczało, stało operatorom przed oczyma, jeśli wykonano ten zabieg u dzieci małych. Lecz gdy dziś przekonano się, że równie dobrze antepozycyą mięśni zewnętrznych prostych w zezie zbieżnym można usunąć zboczenie, bez obawy następowego zeza rozbieżnego, nie stoi nic na przeszkodzie, aby skoro leczenie zachowawcze żadnego albo tylko skutek częściowy osięgło, wkroczyć operacyjnie. Antepozycya u dzieci da się równie dobrze i pewno wykonać, jak u dorosłych; naturalnie w narkozie, jak zresztą i Landolt w każdym przypadku operuje, a wyniki operacyjne nie różnią się wcale od wyników otrzymanych u dorosłych. Ile zaś zboczenie poprawić, to i tu tenotomia i antepozycya są dyametralnie przeciwne. W tenotomii znowu obawa późniejszej rozbieżności nie pozwala na pełną korekcyę; ale doświadczenie pouczyło, aby, jak już wyżej wspomniano, pozostawiano około 5° zboczenia, jako ilość wystarczającą do zapobiegnięcia późniejszej rozbieżności. Inaczej w antepozycyi m. zewnętrznych prostych. Tutaj także doświadczenie operacyjne wykazuje, że choć efekt operacyjny na razie jest dobry, to po wyjęciu szwów, nieco się zmniejsza; należy zatem osięgnąć lekką rozbieżność, która, choćby i powstała, zniknie później. Po drugie, ćwiczenia późniejsze przywodzenia (addukcyi), względnie zbieżności są o wiele łatwiejsze niż rozbieżności (Javal), gdyż kiedy pacyent zauważy dwuwidzenie skrzyżowane, pierwszym jego wysiłkiem, aby obrazki skojarzyć, będzie usiłowanie zbieżności, co przy nie osłabionych mięśniach prostych łatwo się da wykonać.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Z nowszej fizyologii zmysłów.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

9) W. Einthoven. **Fizyologiczne wyjaśnienie różnych geometryczno-optycznych złudzeń.** *(Archiv Pflügera LXXI...).*

Wnioski naszego oka, co do wielkości i odległości otaczających przedmiotów, są tak dalece względne i zależne od warunków fizycznych i psychicznych, że na każdym kroku prawie spotykamy się z szeregiem złudzeń i kontrastów będących przyczyną fałszywego naszego sądu. Autor wymienionej wyżej pracy stara się podkreślić fakt, iż jednym z najważniejszych czynników przyczynowych tego zjawiska jest prawdopodobnie „widzenie pośrednie", przeciwstawione przez fizyologów widzeniu bezpośredniemu, zlokalizowanemu. O tem widzeniu pośredniem (indirectes Sehen), mało w którym podręczniku dokładnie opisanem, słów kilka pragnąłbym *pro memoria* nadmienić.

Zarówno w dziełach fizyologicznych jak i w oftalmologicznych znajdzie czytelnik wzmiankę o zjawisku, że ostrość widzenia maleje coraz więcej, im bardziej oddalamy przedmiot od *fovea centralis* ku obwodowi siatkówki tak, iż obrazy powstające na jej częściach zewnętrznych, są zupełnie niewyraźne. Część ta siatkówki ma jednak ważne znaczenie oryentacyjne, a według Exnera, który się specyalnie tą sprawą zajmował i którego imię przytaczają podręczniki właśnie pod tym względem, jest nawet niezmiernie wrażliwą na zmiany przestrzeniowe. O ile *fovea centralis* jest typowym narządem wyraźnego rozróżniania barw i kształtów, czyli zlokalizowanego widzenia, o tyle na wielkiem polu pozostałej siatkówki powstają obrazy, wprawdzie niewyraźne, lecz ostrzegające nas o istnieniu lub ruchach przedmiotów w otoczeniu, na które w danej chwili skierować możemy środek naszego oka, celem bliższego rozeznania szczegółów. — Exner przytacza zawsze w swoich wykładach ciekawe pod tym względem przykłady: jeżeli na zewnętrzną część siatkówki pada obraz kilkunastu punktów świecących, to nie możemy, jego zdaniem, nigdy podać dokładnie ich liczby, bez skierowania na nie środkowej części oka, lecz najmniejszy ruch jednego z tych punktów przez obwodowe części siatkówki dokładnie da się odczuć; jeżeli patrzymy się na brzeg zegarka, to wskazówki sekundowej nie widzimy wcale, aż dopiero wtedy, gdy zacznie się poruszać; jeżeli dwie jasne tarcze będzie ktoś oddalał na zewnątrz naszego oka tak długo, aż ich już nie zobaczymy, to przecie rozeznamy nagłe przesunięcie jednej obok drugiej. Krótko mówiąc: według Exnera, obwodowe części siatkówki służą do oryentowania się w ruchach, a więc w zmianach odległości otaczających przedmiotów, w przeciwieństwie do wspomnianego już widzenia bezpośredniego, zlokalizowanego.

Okulistom znany jest dobrze fakt, że ludzie cierpiący na *retinitis pigmentosa* u których tylko *fovea centralis* jest wrażliwa na światło, czytać mogą drobny druk, lecz oryentować się nie mogą w przestrzeni i ruchach otoczenia, z powodu właśnie utraty widzenia obwodowego, czyli pośredniego;

również w codziennem życiu możemy te nieprawidłowe warunki za poradą Fuchsa naśladować w ten sposób, iż patrzymy przed siebie przez długą wązką rurę, przez co oczywiście wykluczamy z gry resztę siatkówki; łatwo przewidzieć można, że przez tę rurę przedmioty niektóre widzieć będziemy ostro, lecz otoczenia nie rozeznamy i co chwila będziemy się potykać, gdybyśmy chcieli kroczyć przed siebie, trzymając ciągle rurę przed okiem.

Nie miejsce tu, ani czas, na przytaczanie bliższych, choć ciekawych szczegółów, dotyczących widzenia pośredniego; w literaturze istnieje cały spór między szkołą psychologów, wprowadzającą czynniki psychiczne do umotywowania zjawisk, które fizyologowie niektórzy uważają za prostą właściwość fizyologiczną obwodowych części siatkówki, tembardziej, że powidoki i złudzenia przestrzenne i ruchowe odpowiadają, co do praw i przebiegu, powidokom i złudzeniom barwnym. Tak samo jak znużeniem pierwiastków nerwowych tłómaczymy powstanie dopełniającego koloru zielonego na białem tle, po dłuższem wpatrywaniu się w kolor czerwony (kontrast barwny dopełniający, lub powidok ujemny) tak samo też możnaby znużeniem obwodowych części siatkówki, która wpatrywała się dłuższy czas w ruch fal rzecznych w pewnym kierunku wytłómaczyć np. złudzenie, jakoby most nad tą rzeką położony poruszał się w kierunku przeciwnym (powidok dopełniający ruchowy). W ogóle da się dużo kontrastów i złudzeń tłómaczyć, wychodząc z teoryi o widzeniu pośredniem i tego punktu wyjścia trzymał się też Einthoven. — Trudno oczywiście przytaczać jego pouczające rozumowania, nie mogąc załączyć odnośnych fotografij i rysunków, jak niemniej wdawać się w matematyczne obliczenia, mające na celu kontrolę paradoksu Müllera i teoryi Heymansa. Tyle tylko chyba nadmienić możemy, że Einthoven sprawą tą zajął się wszechstronnie, badając stosunek wielkości złudzeń geometrycznych do dostawy (cosinus) kąta między ramionami zawartego, wpływ zbliżania się tych ramion do linij porównawczych, znaczenie oświetlenia i ruchów gałek ocznych, wpływ wreszcie na wielkość złudzenia odległości figur łudzących od siatkówki. Wszystkie te badania doprowadziły autora do wniosku, że oryentowanie się w przestrzeni, zapomocą obwodowych części siatkówki, na które pada obraz nader niewyraźny przedmiotów, jest przyczyną, jeśli nie wyłączną, to niemniej ważną paradoksów Müller-Leyera, Loeba, Wundta i znacznej części złudzeń geometryczno-optycznych. Odsyłając bardziej ciekawych do pracy oryginalnej, uważaliśmy za rzecz pożyteczną podkreślić te ciekawe badania, i dodać do ich oceny kilka ogólnikowych uwag, dotyczących sprawy, nie każdemu może dokładnie znanej, t. j. sprawy „widzenia pośredniego czyli obwodowego“.

Dr. Zanietowski.

V. Wyciągi.

Credé: **Płynne srebro metaliczne, jako środek leczniczy.** *(Klin. ther. Woch.,* 1898, Nr. 14, 15). Autor badał przedewszystkiem działanie tego środka w zakażeniach ropnych, zaznaczając jednak, że dodatnio działać on może tylko w przypadkach początkowych, lub przewlekłych. Z przetworów podał najpierw *unguentum Credé*, zawierającą 15% *Argentum colloidale*; maść tę każe wcierać w ilości 1.0—3,0 przy zapaleniach naczyń lub gruczołów chłonnych, zapaleniu tkanki podskórnej (phlegmone) i ogólnem zakażeniu ropnem (sepsis), przez 20—25 minut. Często już po jednorazowem wcieraniu sprawa ustępuje, czasem trzeba wcierać i przez kilkanaście dni. Gdy wcierania niemożliwe, przy ciężkich zakażeniach, zaleca C. pigułki, *(Arg. coll. 0,01, sacchari lactis 0,1, glycer. et aquae aa q. s.* na jedną pigułkę), po 2 pigułki 2—3 razy dziennie na pusty żołądek zażyć, poczem popić nieco wody przegotowanej, lub herbaty; w przypadkach przewlekłych wystarcza jedna pigułka rano, druga wieczór. Pigułki te działają zarazem dodatnio na łaknienie tak, że używać je można w przypadkach chorób żołądka i jelit, zamiast azotanu srebrowego. Prócz powyższych używa autor dla celów chirurgicznych pigułek silniejszych *(0.05 Arg. coll.)*, ale mniejszych (3 mm. w średnicy), które zakłada do otwartych ran, ropnych i gruźliczych, do przetok trudno się gojących, do przewodu słuchowego przy sprawach ropnych ucha środkowego, wreszcie do jamy brzusznej przy zapaleniach otrzewnej. Co do tych ostatnich spraw chorobowych, próby robił C. tylko na zwierzętach, ale z bardzo dobrym wynikiem.

Dla celów chirurgicznych i ginekologicznych poleca również czopki, zawierające *0.20 Arg. coll.*, (8 ctm. długie). Metalu tego w rozczynie używał autor do wstrzykiwań, w stosunku 1:200 wody przekroplonej, zamiast gliceryny z jodoformem, przeważnie przy sprawach gruźliczych w ilości $^1/_2$—2 strzykawek Pravaza na raz, którąto dawkę po 8—14 dniach powtarza. Wstrzykiwanie pod skórę zdrową jest niebolesne, w tkankach twardych sprawia tylko nieznaczny ból.

W chorobach żołądka zapisuje autor następującą formułę: Rp.: *Arg. coll. Cr. 0,5, Aq. d. 50,0 Album ov 0,5* D. S. Po łyżeczce lub łyżce 3 razy dziennie w szklance wody lub herbaty, na czczy żołądek, $^1/_2$ godz. przed jedzeniem. W ten sposób podawał C. lek ten w sprawach zakaźnych przewodu pokarmowego, w ogólnem zakażeniu ropnem, ogólnej gruźlicy, gośćcu rzeżączkowym i rzeżączce. W połowie z 11 przypadków rzeżączki, tylko wewnętrznie leczonych, wypływ ustał po 6—9 dniach, w połowie trwał on kilka tygodni. Wreszcie w przypadkach ciężkiego zakażenia ropnego wstrzykiwał autor rozczyn 1:500—2000 wprost do żyły; niema jednak w tym kierunku jeszcze dostatecznego doświadczenia.

W końcu kładzie autor nacisk na to, że w każdym przypadku lek ten działał ożywiająco i pobudzająco na stan ogólny ustroju, że nigdy, mimo stósowania przez czas dłuższy dużych dawek czystego srebra, (do 1,0 dziennie) nie zauważył srebrzycy, wreszcie, że nigdy, ani w moczu ani w nerkach srebra wykryć nie mógł. *F. K.*

Dr. Br. Kader: **Przyczynki kliniczne do etyologii i patologii tak zw. pierwotnego zapalenia mięśni.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebiete*, T. II, S.617). Mnożące się w ostatnich czasach spostrzeżenia, do których autor sporą garść z kliniki Mikulicza dorzuca, nie pozwalają dziś wątpić, że istnieje samoistna postać zapalenia mięśni ustroju. Jest to choroba zakaźna, która zależnie, czy to od siły zakażenia, czy też od odporności osobniczej, występuje w trzech formach, jako *polymyositis infectiosa* a) *serosa*, b) *purulenta* i c) *fibrosa*.

Postać pierwsza rozpoczyna się często tak, jak każda choroba zakaźna, a wśród ogólnych objawów, wysuwa się na plan pierwszy ból w wszystkich mięśniach lub pewnej tylko części: Po pewnym czasie występuje wyraźny obrzęk mięśni, ból na dotyk, stwardnienie, zmniejszona pobudliwość na prąd elektryczny i t. p. Skóra nad zajętymi mięśniami też brzęknie, pokrywa się rozmaitego rodzaju osutką, czasem zupełnie do róży podobną. Niekiedy istnieją rozpływne poty. W rozpoznaniu wykluczyć trzeba włośnicę *(trichiniasis)*, *graegarinosis*, *polyneuritis*. Rokowanie wogóle wątpliwe. Cierpienie trwa kilka dni lub przewleka się miesiącami. Leczenie objawowe. Charakterystycznem jest to, że ta postać zapalenia nie okazuje skłonności do zropienia. W zajętych mięśniach nie udało się dotychczas wykazać drobnoustrojów.

Postać druga, *purulenta*, różni się od pierwszej tylko ropniami w mięśniach. Czasami naciek ropny występuje w formie rozlanej, wzdłuż włókien mięśniowych. Podobny obraz chorobowy spostrzegamy w nosaciźnie (malleus), i nader rzadkiej sprawie, gruźlicy mięśni.

Etyologicznie ta sama, anatomicznie i prognostycznie różna, jest postać trzecia, włóknista. Choroba od początku ma charakter przewlekły, występuje w pojedyńczych mięśniach i powoduje ich zbliznowacenie tak, że stają się twarde,

jak deska, przykurczają się i skutkiem tego występują znaczne zaburzenia w ich czynności. Leczenie dążyć winno do sprowadzenia wessania wytworów patologicznych; czasami jednak lepiej od początku już uciec się do noża i wyciąć zajęty mięsień (n. p. zwacz). Tę formę wziąść można za przewlekłą włośnicę, gruźlicę, kiłę, mięsaka i t. p.

Herman.

Wolff: **O prostowaniu garbów (kyphus) gruźliczych.** *(Berl. klin. Woch.*, 1898, Nr. 7, 8). Po odpowiednim wstępie historycznym, na którego czele figuruje nazwisko Hippokratesa, przystępuje W. do wyłuszczenia zasad, któremi kierował się wśród swego postępowania Callot. Poszedł on znacznie dalej niż jego poprzednicy, gdyż dążył nietylko do naciągania, lecz do złamania zupełnego kręgosłupa i ustawienia należytego odłamków. Jako cel ostateczny wykreślił sobie C. zupełne wyleczenie sprawy zapalnej. Następuje opis znanej techniki opatrunku C., dalej ostra w wielu punktach krytyka. Mimo pozornie bardzo dobrego wyniku u 4 chorych, przedstawionych w *Académie de médecine* i mimo fotografij, przedstawionych na Zjeździe w Moskwie, W. nie oddaje się wcale zachwytowi nad sposobem C., gdyż efekt czysto kosmetyczny i optyczny, osiągnięty przez resekcyę wyrostków kolczastych (operacyę powyższą wykonał C. na pierwszych 35 przypadków 30 razy i to głównie celem uniknięcia częstych odleżyn), nie stanowi o rzeczywistem wyleczeniu, a przeciwnie operacya tego rodzaju przyczynia się tylko do osłabienia więzów, nadających siłę tylnej połowie kręgosłupa, wobec sprawy zapalnej w trzonach. Nadto czas leczenia uważa W. za zbyt krótki, aby można mówić o ostatecznym wyniku. Trudno sobie wyobrazić, jak mają zniknąć odsłoje gruźlicze? Zresztą Murray wykazał na 2 preparatach, pochodzących z dzieci, u których przed 2 i 3 miesiącami wykonano zabieg C., że niema śladu jakiegokolwiek wpływu korzystnego na sprawę gruźlicza. Ménard wykazał doświadczeniami na zwłokach, że, po gwałtownem prostowaniu garbu, powstaje jama, której wysokość z przodu wynosi 2—8 ctm., nie mogąca się wypełnić kostniną. Obrazy Röntgenowskie przypadków C. wcale nie mogą przekonać, aby masy kostne, wypełniające ubytek, były świeżo wytworzone, gdyż mogą pochodzić z czasów przed prostowaniem. O sprawie tej sądzi W., na zasadzie swego prawa o przeobrażeniu kości, że wprawdzie tu, jak w każdym innym przypadku, ustrój jest zdolny do wytworzenia odpowiednio odpornej i celowi swemu odpowiadającej kostniny, że jednak w okresie ostrym zapalenia kręgów proces zniszczenia przeważa nad sprawą przeobrażną. Dodać należy, że dotad ogłoszono 12 przypadków śmierci bezpośrednio podczas prostowania, lub w pierwszych dniach po zabiegu; z tego 2 razy przypisują winę narkozie, zresztą znajdowano: zrazikowe zapalenie płuc, gruźlicę płuc, zapalenie opon mózg., wysięk krwawy w jamie opłucnowej, wreszcie kilka razy jedynie objawy złamania ze znacznym rozstępem. Są to przypadki przykre i wcale nie zachęcające, gdyż u większej liczby chorych byłoby z pewnością nastąpiło samoistne wygojenie się. Ponadto w licznych przypadkach występowały inne groźne objawy, jak podrażnienie opon, porażenia, nieistniejące przed operacyą i t. p. To też C. odstąpił później od zbytniej energii, jaką nacechowane były pierwsze ogłoszenia, zarzucił resekcyę wyrostków kolczastych lub łuków i nie dąży do łamania kręgosłupa, a przeciwnie prostuje, wśród łagodnego ucisku, powtarzanego wobec starszego garbu kilka razy na jednem posiedzeniu. W ten sposób przedstawił C. rzecz na Zjeździe w Moskwie. W. zgadza się, że wtedy prawie żadnego niebezpieczeństwa prostowanie nie przedstawia; lecz twierdzi zarazem, że w wielu przypadkach nic tą drogą uzyskać nie można, a w takim razie narkoza, grube watowanie, jakoteż leżenie chorego na wznak i odmówienie mu w ten sposób wszelkich przyjemności życia, nie są usprawiedliwione.

Jedyną i rzeczywistą zasługą Callota jest dostarczenie dowodu, że, wobec garbów gruźliczych, można występować bez przesadnej obawy ze znacznie większą energią, aniżeli o tem dotad sądzono. Korzystając z tej zdobyczy naukowej, postanowił W. przenieść ją do ortopedyi funkcyonalnej i praktycznie zastósować. Zasada, jaką kieruje się ortopedya funkcyonalna, da się określić w ten sposób: prawidłowym kształtom zewnętrznym odpowiada ściśle pewna prawidłowa budowa kośćca; a w razie naruszenia tej ostatniej można, przez zbliżenie kształtów zewnętrznych możliwie do normy, wpłynąć naodwrót w ten sposób na kościec, iż ulega on powolnemu przekształceniu, zbliżającemu go również do stanu prawidłowego, a przynajmniej czyniącemu go zdolniejszym do funkcyi statycznej. Zasada ta pozostaje również, wobec choroby Potta i garbu, niewzruszoną. W. jest znacznie skromniejszy w swych dażeniach i celach, aniżeli był C., gdyż pozbywa się złudzenia wyleczenia sprawy zapalnej, a poprzestaje tylko na usunięciu, choćby częściowem, najwybitniejszych objawów i na stawianiu tamy szerzeniu się zapalenia. Dąży zatem w pierwszej linii do przywrócenia warunków statycznych, a wówczas, pod wpływem funkcyonalnego przystósowania się, ma się przeobrazić nietylko kształt, lecz i wewnętrzna budowa kośćca i uczynić go zdolnym do prawidłowej funkcyi. W tym celu radzi stósować tak zw. „Etappen-Verbände“, w postaci często zmienianych sznurówek. Technika następująca: chory wisi bez narkozy na przyrządzie Hoffy, w zwykłej pętli Glissona, z miednicą ustaloną zapomocą 4 przesuwalnych deszczułek, dodanych do przyrządu; barki ustala pomocnik, ciało pokryte trykotem, w linii środkowej, z przodu, leży walcowata poduszeczka. Jeden z asystentów wywiera opuszką palucha i powierzchnią grzbietową 2-giej falangi wskaziciela ręki prawej jak najsilniejszy ucisk na garb, przy prawym i lewym brzegu odpowiednich wyrostków kolczastych. Teraz zakłada się gipsowy gorset Sairea bez przesadnie grubego pokładu waty, nie zajmujący głowy. Asystent uciska stale na garb aż do uschnięcia gipsu, palce zostają ogipsowane, poczem miejsce najwięcej sterczące i narażone na odleżynę, pozostaje wolne od ucisku. (Jestto metoda, jaka oddała dobre usługi, wobec złamania rzepki i wyrostka łokciowego). Teraz wyciąga się poduszeczkę z nad piersi, nadto wycina się obok parę podłużnych okienek, aby ułatwić oddychanie. Co kilka dni, lub parę tygodni, zmiana opatrunku, a wśród każdego następnego coraz dokładniejsze prostowanie.

Od czerwca r. zeszłego stósował W. swój sposób w 24 przypadkach. Wiek chorych wahał się pomiędzy kilku a 29 laty; czas trwania choroby Potta dochodził do 4 lat. Z wyników jest W. więcej niż zadowolony. Fotografie odlewów gipsowych, otrzymanych w różnych okresach leczenia, wskazują, że następuje nietyle wyprostowanie samego garbu, ile wyrównanie kręgosłupa *in toto*. W ten sposób przywrócone zostają warunki statyczne, zbliżone do normy.

Dr. B. Wojciechowski.

P. Kraske: **O raku odbytnicy**. *(Samml. klin. Vortr. v. Volkmann* N. F. 183/184). W sporej rozprawce, na 81 stronach, zestawił autor wszystko to, czego się nauczył, spostrzegając i lecząc 110 chorych na raka odbytnicy, z których tylko 80 nadawało się do doszczętnej operacyi. W tej ostatniej liczbie figurują mężczyźni i kobiety w wieku od 32—76 lat liczebnie jednakowo. Histologicznie były to przeważnie nowotwory rakowate, o komórkach walcowatych, bardzo rzadko skiry, częściej już raki rdzeniaste, a nigdy nie widział postaci śluzakowej. Raka nabłonkowego spostrzegał 5 razy, a w jednym z nich obficie nagromadzonym był barwik w samych komórkach. Prócz tego zanotował autor dwa przypadki mięsaka barwikowego i jeden guza okazującego pod mikroskopem utkanie mięsakowe, z tym dodatkiem, że w jamach, niewysłanych wcale nabłonkiem, napotkał typowe włosy. Ostatnia okoliczność przemawia za wrodzonem pochodzeniem guza, jak zresztą w przekonaniu autora, zwolennika hipotezy Cohnheima, zarodek raka w ogólności jest wrodzonym. I może punktem wyjścia dla tych-to raków w szczególności jest nieprawidłowo utrzymujący się w „mesodermie“ entodermalny nabłonek tak zw. kiszki ogonowej, istniejącej

w bardzo wczesnym okresie życia płodowego? Wobec tej teoryi usuwa autor na plan dalszy wpływ często powtarzającego się urazu (chyba że owo drażnienie mechaniczne działa na tkankę zmienioną już skutkiem przewlekłego zapalenia), a i wpływ dziedziczności zdaje się być bardzo niepewnym, kiedy zaledwie u dwóch ze swoich chorych można było o niej mówić.

Wedle prawdopodobnych obliczeń chorzy, dotknięci rakiem odbytnicy, żyć mogą 4—5 lat. Giną skutkiem charłactwa, zapalenia otrzewnej po przebiciu się owrzodzenia etc. Rzadko śmierć sprowadzają przerzuty. Te bowiem w raku odbytnicy albo wcale nie powstają, albo bardzo późno. Nawet gruczoły chłonne nie tak stale jak przy rakach innych okolic, bywają zajęte. Więc cierpienie to długo istnieje jako choroba miejscowa i wcześnie operowane, daje wzgl. dobre rokowanie. Ogromną więc zasługę mieć będzie lekarz ordynujący, jeśli wcześnie chorobę rozpozna i wskaże choremu odpowiednie leczenie. Objawy cierpienia zbyt znane, by je tu za autorem powtarzać. Zresztą mieliśmy sposobność niedawno o nich referować. Leczenie, jak dotychczas, jest jedynie operacyjne: wyłuszczenie wzgl. odjęcie odbytnicy lub resekcya. Kolontomię stosować się winno jedynie w ostateczności, gdy wobec niemożliwej do wykonania operacyi doszczętnej, chory nie może oddawać stolca drogą przyrodzoną, gdy istnieje lub grozi niedrożność kiszki, a bardzo rzadko jako zabieg przedwstępny, poprzedzający operacyę radykalną. A do tej ostatniej chorego zwykle przez dłuższy czas przygotowywać trzeba, podając przez parę tygodni środki czyszczące, lewatywy etc. lub, jak nadmieniliśmy, odprowadzić dokładnie kał przez odbyt sztuczny, założony wysoko, najlepiej na okrężnicy (colon transversum). Że niema już zalegającego kału w jelitach, przekonać się można nie tyle przez obmacywanie, ile przez badanie moczu pod względem obecności kwasów eterosiarczanych. Operuje K. zależnie od przypadków, albo od strony międzykrocza (sposobem Volkmanna), albo, metodą przez siebie podaną, przez częściowe odpiłowanie kości krzyżowej. Oczywiście przenosi wycięcie prostnicy, nad odcięcie. W pierwszym przypadku łączy odcinki pierwotnym szwem okrężnym. Jamy po wypiłowaniu kości krzyżowej nie zaszywa, lecz tamponuje, względnie aż do miejsca szwu. W drugim nie czyni nic, coby kontynencyę przywrócić mogło. Zadawalnia się pelotą. O modyfikacyach swego sposobu wyraża się czasem z ironią, znajdując dla nich tylko wyrazy oburzenia, często (o modyfikacyach osteoplastycznych) z uznaniem, ale sam naśladuje ich. Z liczb, ilustrujących wynik, wyjmujemy: śmiertelność skutkiem operacyi 8·75%, skutkiem nawrotu i przerzutów raka umarło w ciągu $^1/_2$—$12^3/_4$ lat chorych 22; 16 zmarło bez nawrotu z różnych przyczyn w 1—5 lat po operacyi, a bez nawrotu żyje $^3/_4$—$8^1/_2$ lat osób 15. *Herman*

Saft: **Nowy sposób zastosowania gliceryny do sztucznego wzniecania poronień.** (*Deutsche medizin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 3). Wstrzykiwanie gliceryny między ścianę macicy a jajo płodowe, sposób podany przez Franka celem sztucznego wzniecania czynności porodowej, nie znalazł w praktyce zastosowania mimo swych własności wywoływania silnych i wydatnych skurczów macicy, gdyż miał on także swoje złe strony, sprowadzając zatrucie ustroju, objawiające się rozkładem czerwonych ciałek krwi, hemoglobinuria, zapaleniem nerek i t. p.

Szkodliwość gliceryny wessanej przez powierzchnię ranną i zdolność wywoływania skurczów macicy polega na jej własnościach wodochłonnych. Pod wpływem ich ciałka krwi czerwone kurczą się, obumierają i rozpuszczają się zupełnie, z drugiej strony zwoje nerwowe i nerwy macicy, przez pozbawienie ich wody, zostają pobudzone, a bodziec ten udziela się mięśniom macicy.

Chcąc więc zużytkować tę własność gliceryny bez szkody dla ustroju, podaje autor następujący sposób: do końca elastycznego cewnika przywiązuje szczelnie kondom z pęcherza rybiego tak, by otwór cewnika komunikował z wnętrzem kondomu. Po wsunięciu końca cewnika wraz z przymocowanym do niego kondomem do macicy, między jej ścianę a jajo płodowe, tak głęboko, by kondom zajął miejsce tuż ponad ujściem wewnętrznem, wypełnia się go przez cewnik gliceryną w ilości 100 ctm., koniec zewnętrzny zawiązuje i zagiąwszy go ku sklepieniu, pochwę lekko tamponuje się gazą jodoformową. W ten sposób wprowadzona w zetknięcie z tkankami gliceryna, na podstawie prawa przenikania cieczy przez błony zwierzęce, odciąga z tkanek wodę i wywiera żądany skutek; sama zaś w bardzo małej ilości i rozcieńczona przechodzi przez ściany kondomu, spływając zaś wzdłuż cewnika na zewnątrz, nie jest w stanie szkodliwie zadziałać. Przed użyciem kondomu, należy go wypróbować, czy nie przepuszcza wody, nadto odwietrzyć przez wymoczenie w eterze i roztworze alkoholowym sublimatu.

Autor użył tego sposobu w kilku przypadkach z dobrymi wynikami, poród trwał przeciętnie 52 godzin, podczas gdy przy użyciu innych sposobów około 108 godzin, również złego wpływu dla matki jak i dziecka autor nie stwierdził. *Ww.*

Zygmunt Gottschalk: **O wpływie połogu na torbielaki jajnikowe.** (*Sammlung klinischer Vorträge Volkmanna*, Nr. 207, r. 1898). Nowotwory jajnikowe, jako to: torbiele, torbielaki i torbiele skórzaste spostrzegamy obecnie u położnic względnie rzadko; najczęściej bowiem już podczas ciąży usuwa się je drogą operacyjną. Natomiast często podczas zabiegu operacyjnego, wykonywanego u osób z torbielami jajnikowymi, w celu ich usunięcia, spostrzegamy w nowotworach tych i ich otoczeniu ślady po przebytych połogach. Za takie zmiany połogowe nowotworów jajnikowych uważa autor zrosty nowotworów z otoczeniem, mianowicie z jelitami i otrzewną ścienną, dalej skręcenie szypuły nowotworu, do którego przychodzi często po porodzie u osób z torbielem jajnikowym, skutkiem nagłej zmiany ciśnienia w jamie brzusznej, i wreszcie zropienie treści torbiela skutkiem wtargnięcia drobnoustrojów, co zwłaszcza podczas połogu jest bardzo łatwo możliwem. Zropienie treści torbiela sprowadzić może w późnych okresach połogu, w czwartym lub szóstym tygodniu po porodzie, objawy zapalenia otrzewnej. G. opisuje przypadek nowotworu torbielowego jajnika, co do którego na pewno można powiedzieć, że istniał już we wczesnym okresie ciąży, gdyż już w pierwszych jej miesiącach został rozpoznany przez kilku lekarzy jako taki. Nowotwór był ruchomy, gdyż podczas zstępowania główki dziecka do miednicy małej wysunął się ku górze. Poród w przypadku tym ukończono przy pomocy kleszczy. Po dwóch dniach po porodzie wystąpiły objawy zadrażnienia otrzewnej jednak bez podniesienia ciepłoty ciała, które po dwóch tygodniach ustąpiły. We dwa miesiące później wystąpiły znaczne bóle w brzuchu, uporczywe wymioty i zaparcie stolca, z powodu którychto dolegliwości chora zgłosiła się na klinikę. Rozpoznano nowotwory obu jajników i przystąpiono do zabiegu operacyjnego. Powłoki brzuszne otworzono cięciem krzyżowem, ponieważ cięcie zwykłe podłużne nie dawało dostatecznego dostępu i z wielkiemi trudnościami wydobyto torbiel, wychodzący z jajnika prawego, połączony z otoczeniem rozległymi zrostami. Jajnik lewy nie był nowotworowo zmieniony. Zrosty te między nowotworem a częścią zstępującą jelita grubego były tak silne, że musiano je przecinać nożyczkami. Szypuła torbiela była skręcona dwa razy około swojej osi. Treść torbiela była zropiałą, a oprócz tego torbiel zawierał wielką ilość gazów. W tkance okołomacicznej, po stronie prawej, znajdował się duży ropień, który otworzono, a ropę wypuszczono.

Ażeby uniknąć zakażenia reszty jamy brzusznej ropą, pochodzącą z otworzonego ropnia, zeszyto otrzewnę ścienną z krezką ponad wchodem miednicy, przez co otworzono ścianę przedzielającą niejako jamę brzuszną na dwie części, miednicę zaś mała osączkowano zapomocą gazy jodoformowej. Opatrunek zmieniano co kilka dni z powodu obfitego przesaczu. Po sześciu tygodniach osoba ta wyzdrowiała zupełnie. Badanie bakteryologiczne treści torbiela wykazało obecność

bacterium coli commune, czem tłómaczy autor wielką ilość gazów w treści torbiela. Drogą wtargnięcia *bacterium coli commune* do treści torbiela była prawdopodobnie ściana jego w miejscu zrośnięcia z jelitem grubem.

Piotrowski.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 27 maja 1898 roku.

Przewodniczący: kol. Dr. Machek. — Członków obecnych 40.

Jako gość: kol. Dr. Załoziecki z Czerniowiec.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. prof. Ziembicki przedstawił chorego po wyłuszczeniu stawu barkowego wraz z łopatką, z powodu mięsaka drobnokomórkowego, zajmującego staw barkowy z otoczeniem. Nawrót cierpienia w 5 tygodni mimo dokładnego wyczyszczenia. Prelegent zaznacza trudność wyszukania i podwiązania tętnicy podobojczykowej w tak zmienionych stosunkach.

Kol. Docent Wehr uznaje trudność powyższą, przypominając sobie, z czasów pobytu w Chełmnie, przypadek wyłuszczenia ramienia w stawie barkowym po zmiażdżeniu.

3. Kol. prof. Rydygier podał wyniki, osiągnięte w lwowskiej klinice chirurgicznej przez pierwszy rok jej istnienia, to jest od 20 maja 1897 do 20 maja 1898. Ogółem dokonano 512 operacyj z odsetkiem śmiertelności 4·2%.

Do szczegółowego zestawienia liczby i jakości przypadków operowanych, które w całości ogłoszonem będzie, dołączył prelegent kilka uwag co do sposobu operowania i najnowszych zmian w metodach operacyjnych. I tak: a) oświadcza się przeciw operowaniu w rękawiczkach, bez względu z jakiegokolwiek są one materyału; b) chwali i zaleca dokonywanie operacyj, nawet większych, n. p. operacyj na żołądku i jelitach w znieczuleniu sposobem Schleicha.

Ze zmian w technice operacyjnej podaje: a) usuwanie raka odbytnicy drogą przez powłoki brzuszne, co w ułożeniu Trendelenburga, a przy niezbędnej poprzedniej dyagnozie, iż guz przechodzi załamek otrzewnej (w zatoce Douglasa), ma tę zaletę, że pozwala dobrze widzieć krezkę i gruczoły, zajęte nowotworem, oraz że łatwo można założyć szew w przystępnie odsłoniętej zatoce; b) sposób wykonania tymczasowej *fistula stercoralis* przez załamanie dwunastnicy; c) zmodyfikowane przez siebie kleszczyki do wyjmowania głęboko zapadniętych, odłamanych rurek tracheotomijnych.

Na zakończenie przedstawił prelegent chorą, u której, w miejsce wyciętej wskutek nowotworu szczęki dolnej, przeniósł część obojczyka z wynikiem dobrym, oraz okaz pęcherza moczowego z ogromnym przerostem ścian i rozszerzeniem moczowodów, bez żadnej wykazalnej ani za życia, ani przy sekcyi przyczyny tego przerostu. Wynik badania drobnowidowego był również ujemny. Pęcherz pochodził z kilkunastoletniego chłopaka, który wśród jedynie objawów zatrzymania moczu niezupełnego (ischuria paradoxa) zgłosił się do kliniki i po kilku dniach umarł.

Nad tym ostatnim wypadkiem zabierali głos koll.: Krasowski, Wehr, Krzyszkowski i Obtułowicz.

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

VII. KORESPONDENCYE.

Warszawa w czerwcu.

Dawno upragnione przez nas Towarzystwo Higieniczne uzyskało wreszcie zatwierdzenie władz i w dniu 1 czerwca r. b. odbyło pierwsze posiedzenie w sali Towarzystwa Lekarskiego. Na posiedzeniu tem, zwołanem przez prof. J. Kosińskiego, który jest jednym z założycieli nowego towarzystwa, wybrano Radę zarządzającą, w skład której wchodzą: prof. Wł. Brodowski, sekretarz stały Tow. Lekar., Dr. Bol. Gepner (ojciec), prezes tegoż Towarzystwa, prof. Jul. Kosiński, Dr. J. Polak, redaktor „Zdrowia“ i higienista miasta, Dr. W. Szumlański, wydawca „Zdrowia“, Al. Głowacki (Bolesław Prus), inżynierowie: Grotowski i Mościcki, adwokat F. Nowodworski (redaktor „Kur. Warszawskiego“), adwokat Libicki (redaktor „Kur. Codz.“). Są to założyciele Towarzystwa. Prócz tego do Rady weszli dwaj chemicy: Dr. Leon Nencki i Wład. Leppert. Wielce zasłużony na polu higieny, Dr. St. Markiewicz, wyboru nie przyjął, z powodu nadmiaru przeróżnych zajęć społecznych i zawodowych. Na zastępców członków Rady powołani zostali: ksiądz J. Siemiec, b. regens Seminaryum, lekarze: M. Jakowski, A. Puławski, Al. Żurakowski, aptekarze: Bukowski i Mutniański; do komisyi rewizyjnej: K. Dejke, dyrektor Banku Handlowego, lekarze: A. Heinrich i E. Korniłowicz.

Na następnem posiedzeniu Rada wybrała z pomiędzy siebie prezesa, którym został prof. J. Kosiński, wiceprezesa, Dr. Leon Nencki, sekretarza, Dr. Wit. Szumlański i skarbnika, inż. Grotowski.

Do chwili obecnej Towarzystwo posiada już 73 członków rzeczywistych, którzy wnoszą po 10 rub. składki rocznej i są wybierani przez Radę zapomocą tajnego balotowania.

Oprócz członków rzeczywistych Towarzystwo mieć będzie członków zwyczajnych, płacących rocznie 3 rub., lub jednorazowo rub. 50. W ten sposób liczba osób, interesujących się sprawami Towarzystwa, będzie mogła znacznie się powiększyć. O to właśnie chodzi, gdyż zadaniem Towarzystwa jest roztrząsanie zagadnień z dziedziny higieny, szerzenie wśród ogółu wiadomości higienicznych, jak również praktyczne zastosowanie podstaw higieny, w celu ograniczenia wśród mieszkańców skłonności do chorób i zmniejszenia śmiertelności (§ 1). Do osiągnięcia tego zadania służą:

1) Komunikaty z dziedziny higieny i rozbiór spraw higienicznych na posiedzeniach Rady Tow.;

2) urządzanie pracowni do badań higienicznych, gromadzenie zbiorów higienicznych, wystaw itd.;

3) wydawanie broszur i książek o sprawach, stanowiących zadanie Towarzystwa i urządzanie odczytów popularnych (§ 2).

Bardzo ważną atrybucyą Towarzystwa jest możność zakładania filii w guberniach Król. polskiego, z decyzyi Generał-Gubernatora (§ 3).

Sprawozdania i akta Towarzystwa prowadzone być winny w języku rosyjskim, przyczem „wolno jest równolegle z rosyjskim tekstem sprawozdań, drukowanych *en regard*, umieszczać tłómaczenie polskie“ (uwaga do § 29).

Z założeniem Towarzystwa higienicznego otwiera się nowe pole dla bardzo szerokiej i owocnej działalności społecznej, która powinna objąć kraj cały. Jesteśmy pod względem higieny publicznej i prywatnej społeczeństwem bardzo zacofanem, mało się naprawdę sprawami zdrowotności interesujemy i na ogół słabe o niej mamy wyobrażenie; dla tego też Towarzystwo czeka praca bardzo mozolna. Pierwsze kroki zwłaszcza będą bardzo trudne, gdyż trzeba będzie opracować plan działalności, regulamin, znaleźć odpowiedni lokal, pozyskać jak największą liczbę członków i jak najwięcej środków. Ale nie ma na to rady. „Trzeba z żywymi naprzód iść, po życie sięgać nowe“, jak mówi poeta.

Ze spraw naszych lekarskich zasługuje na uwagę założenie pracowni Röntgenowskiej dla szpitali warszawskich, gdzie każdy ordynator szpitalny będzie miał prawo bezpłatnie chorych prześwietlać promieniami Röntgena, a za zwrotem kosztów otrzymywać odpowiednie zdjęcia fotograficzne. Dotychczas mieliśmy dwie pracownie prywatne: kol. Mikołaja Brunnera i kol. Bychowskiego. Kolega Brunner, naczelny lekarz szpitala ewangielickiego, znany jest z zamiłowania i gruntownego znawstwa elektrotechniki w zastosowaniu do medycyny. Metodę Röntgena poznał do gruntu i starał się z nią zapoznać ogół lekarzy zapomocą odczytów i demonstracyj w Tow. Lekarskiem. Każde nowe odkrycie w tej dziedzinie nie tylko zna gruntownie, ale je nieraz bar-

dzo trafnie modyfikuje i upraszcza. Nowoutworzona pracownia, mieszcząca się w szpitalu św. Ducha, odpowiada wszelkim wymaganiom nauki, ale jak to u nas bywa prawie zawsze, prowadzoną jest przez kol. Brunnera bezpłatnie z wielkim z jego strony nakładem bezinteresownej pracy. Ta właśnie bezinteresowność kol. Brunnera, oraz odległość pracowni od niektórych szpitali, będzie krępowała wielu lekarzy. Zewsząd podnoszą się głosy, że podobne pracownie należałoby urządzić w każdym większym szpitalu i odpowiednio wyposażyć. Nie mówiąc o chirurgach, dla których metoda Röntgena jest bardzo ważnym nabytkiem, interniści, zdaje się, zdobędą w niej także niemałą pomoc dla dyagnostyki, zwłaszcza w chorobach narządów klatki piersiowej. W Towarzystwie naszem dość często koledzy dzielą się swojemi spostrzeżeniami w tym kierunku. Kol. E. Zieliński przedstawiał kilka zdjęć fotograficznych tętniaków aorty; kol. Sędziak, ciekawy przypadek również tętniaka aorty, w którym promienie Röntgena stanowczo wpłynęły na rozpoznanie; kol. A. Puławski demonstrował chorą z nowotworem śródpiersia, gdzie prześwietlanie promieniami Röntgena i fotografia istnienie guza *ad oculos* stwierdziły. Wiadomo, że promienie Röntgena wykrywają wysięki opłucnej, nawet nacieczenia gruźlicze. Są to wszystko rzeczy mało jeszcze sprawdzone, wymagające wielkiej ilości spostrzeżeń, kontrolowanych przez badanie kliniczne i anatomo-patologiczne. O leczniczem działaniu promieni Röntgena nawet nie wspominam, lubo i nad tem należałoby pomyśleć wobec pewnych niewątpliwych faktów, notowanych za granicą. Dla rozwoju nowej metody potrzeba, ażeby specyaliści, pracujący nad jej techniką, szli ręka w rękę z klinicystami. Z prywatnej pracowni kol. Bychowskiego koledzy również wiele korzystają, dzięki uprzejmości jej właściciela. Kol. Bychowski zapowiedział na Zjazd poznański temat z dziedziny Röntgenografii (o prześwietlaniu klatki piersiowej). Z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego notuję następujące fakty. Kolega Polak zdawał sprawę ze Zjazdu higienicznego w Madrycie. Brało w nim udział tylko 5 Polaków. Zjazd uwzględnił propozycyę kol. Wł. Janowskiego, tyczącą się ujednostajnienia siły surowicy przeciwbłoniczej we wszystkich krajach i zalecił oddzielnej komisyi międzynarodowej opracowanie tej sprawy. Na jednem z posiedzeń, zdaje mi się, że poraz pierwszy zabrała głos kobieta-lekarz. Panna Downarowiczówna, jedyny członek naszego Towarzystwa żeńskiego rodzaju, mówiła o przypadku choroby Erba, z przedstawieniem preparatów anatomo-patologicznych. Kol. Downarowiczówna uczęszcza na oddział kol. Gajkiewicza w szpitalu żydowskim i tam opracowała swój temat. O ile mi wiadomo, dwie jeszcze kobiety pracują u nas na oddziałach szpitalnych: kol. M. Zielińska, zawiaduje pracownią mikroskopową na oddziale kol. Krajewskiego i kol. S. Włodkowa uczęszcza na oddział chorób wewnętrznych kol. A. Puławskiego. Kol. Salberg przez lat kilka pracowała na oddziale kol. T. Dunina, a przez czas krótki kol. Majewska na oddziale kol. Wł. Janowskiego. Podaję nazwiska tych śmiałych niewiast, które w swej karyerze lekarskiej idą zwykłym trybem, utartym przez rodzaj męzki, t. j. ciężką pracą w szpitalu starają się uzupełnić braki uniwersyteckiego wykształcenia lekarskiego.

Na ostatniem posiedzeniu Towarzystwa kol. Gepner (syn) poruszył ważną pod względem higieniczno-lekarskim sprawę ropnego zapalenia łącznicy noworodków, opierając się na bogatym materyale Instytutu oftalmicznego. Mówca uznaje potrzebę szerzenia wśród ogółu wiadomości o przyczynie tej choroby, następstwach jej i zapobieganiu zapomocą popularnych broszur lub wykładów. Z rozpraw nad tym przedmiotem wyłonił się projekt przekazania tej sprawy w ręce świeżo utworzonego Towarzystwa higienicznego, co też jednogłośnie przyjęto.

Przyszły Zjazd lekarski w Poznaniu bardzo nas żywo zajmuje. Wybiera się tam bardzo wielu kolegów, a każdy stara się ze sobą przywieźć jaki odczyt lub opracować temat do rozpraw. Naturalnie wszyscy pojechać nie możemy, ale wszyscy chcielibyśmy zaznaczyć nasz współudział i naszą życzliwość dla tych, którym sądzono pracować w ciężkich warunkach, a którzy jednak potrafią nosić wysoko sztandar naszego zawodu. Ztąd też powstała myśl, aby przynajmniej wszyscy współwłaściciele naszych pism lekarskich zapisali się na członków Zjazdu, bez względu na to, czy okoliczności pozwolą im wziąść czynny udział w Zjeździe, czy nie.

Dla tych, którzy pojechać nie mogą, będzie to pewną kompensatą i moralnem zadowoleniem, iż skromną opłatą biletu członkowskiego przyczynili się w czemkolwiek do powodzenia Zjazdu; dla komitetu zaś gospodarczego ten jednorazowy wpływ znaczniejszej kwoty może być pewnem ułatwieniem w układaniu preliminowanych wydatków na dziennik, pamiętnik itd. Takie konkretne zespolenie się ze Zjazdem obecnym, będzie objawem bardzo miłym i pożądanym. Mam nadzieję, że Zjazd tak wam szpalty zapełni, iż przez lato wiadomości z Warszawy nie będziecie ciekawi. A więc do jesieni! *Prawdzic.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków 23 Czerwca.

Komitet gospodarczy VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu przysłał nam następującą odezwę do ogłoszenia:

„Stosując się do życzeń wielu kolegów z Warszawy, urządza Komitet gospodarczy, po ukończeniu Zjazdu, w piątek, dnia 5 sierpnia r. b., wspólną wycieczkę do zdrojowisk szląskich, a mianowicie do Landecku, Langenau, Reinerzu, Cudowy, Goerbersdorfu, Salzbrunnu, Flinsbergu i Warmbrunnu. W odnośnych miejscowościach lekarze zdrojowi, zawiadomieni o przybyciu gości, ułatwią zwiedzającym bliższe zapoznanie się z wodami. Ponieważ, dla odpowiedniego przyjęcia szanownych gości, koledzy w zdrojowiskach powyższych pragną choćby w przybliżeniu wiedzieć, ilu uczestników Zjazdu będzie korzystało z wycieczki, przeto Komitet gospodarczy uprasza o wczesne zgłaszanie się do członka komitetu, p. dra Bolesława Kapuścińskiego (ulica Wilhelmowska nr. 11), który też bliższemi służyć będzie informacyami".

W dalszym ciągu zapowiedzieli odczyty:

182) Docent Dr. Haskowec z Pragi: „Wrzekomo-opuszkowe porażenie (paralysis pseudobulbaris). 183) Docent Dr. O. Frankenberger z Pragi: „Seroterapia ozaeny". 184) Prof. Dr. E. Maixner z Pragi: „Opuszkowe objawy syringomyelii". 185) Prof. Dr. V. Rubeška z Pragi: „Stósowanie śródmaciczne baloników kauczukowych". 186) Docent Dr. Ot. Kukula z Pragi: Temat zastrzeżony z chirurgii. 187) Dr. B. Bouček z Pragi: „Higiena szkolna". 188) Prof. Dr. Vit. Janowský z Pragi: Temat zastrzeżony z dermatologii. 189) *Appendicitis*: referent Dr. Krajewski z Warszawy, koreferent Dr. Dunin z Warszawy. 190) Dr. J. Drzewiecki z Warszawy: „O dyetetycznem leczeniu suchot płucnych". 191) Docent Dr. Baurowicz z Krakowa: „O odrażaniu lusterek do badania górnych dróg oddechowych". 192) Dr. Stanisław Szuman z Poznania: „Przyczynek do nerwic słonecznym wywołanych udarem". 193) Tenże: „Nowa próba leczenia rwy kulszowej". 194) Tenże: „Pogląd na dzieje psychiatryi". 195) Prof. A. Beck ze Lwowa: „O unerwieniu ślinianek". 196) Tenże: „O zjawiskach galwanicznych w rdzeniu pacierzowym". 197) Tenże: „Wpływ czasowego podwiązania przewodu Whartona na czynność gruczołu podszczękowego". 198) Tenże: Sprawozdanie z pracy Dr. Jasińskiego: „O tak zw. antytoksycznej czynności wątroby". 199) Tenże: Sprawozdanie z pracy Dr. Bikelesa: „O przebiegu dróg czuciowych w rdzeniu pacierzowym królika i psa". 200) Dr. A. Kozerski z Warsza-

wy: „O pewnej krwawo-martwicowej postaci wysypki skórnej i jej stosunku do innych chorób skórnych". 201) Dr. E. Sachs z Warszawy: *O lues maligna.* 202) Dr. Krysiewicz z Poznania: „Enteroenterostomia przy wgłobieniu jelit". 203) Dr. Drobnik z Poznania: „O leczeniu złośliwych gruczolaków śródmiąższowemi wstrzykiwaniami arszeniku". 204) Tenże: „Leczenie gruźliczego zapalenia stawu biodrowego". 205) Dr. Jan Panieński z Poznania: „O działaniu kąpieli piaskowych przy przewlekłym reumatyzmie stawowym". 206) Dr. Guranowski z Warszawy: „W sprawie etyologii, zapobiegania i leczenia ostrych zapaleń ucha środkowego". 207) Tenże: „Z kazuistyki otyatrycznej". 208) Prof. Dr. Rydygier ze Lwowa: „Pierwszy rok istnienia kliniki chirurgicznej we Lwowie". 209) Tenże: „Kilka uwag o antyseptyce i aseptyce". 210) Tenże: „O znieczulaniu miejscowem". 211) Tenże: „Demonstracya zmienionych kleszczyków Tiemanna do wyjęcia ciał obcych z oskrzeli". 212) Tenże: „Demonstracya nowego przyrządu do podwiązywania naczyń Rydygier-Lepszego". 213) Tenże: Nowe cięcie do wycinania nowotworów z *coecum* i *S-romanum*. 214) Dr. Krasowski ze Lwowa: „O metodzie Callota na podstawie doświadczenia w klinice chirurgicznej we Lwowie". 215) Tenże: „O leczeniu wilka". 216) Dr. Nussbaum Henryk z Warszawy: „O wahaniach fizyologicznych odporności ustroju. 217) Tenże: „O wpływie laktacyi na powstawanie neuroz.

* *Zarząd 8 Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu rozesłał do wszystkich prelegentów Zjazdu następujący komunikat:*

Wielmożny Panie! Ponieważ na zbliżający się VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, jaki się odbędzie w Poznaniu od 1-go do 3-go Sierpnia r. b., już do dzisiaj przeszło dwieście nadesłano zgłoszeń z odczytami, a krótkość czasu Zjazdu wykluczałaby możliwość wygłoszenia wszystkich odczytów, gdyby Szanowni Prelegenci nie zastosowali się do pewnych przepisów zasadniczych, przeto Komitet gospodarczy udaje się do Wielmożnego Pana z uprzejmą prośbą, aby **najpóźniej do 3 go Lipca r. b.** raczył nadesłać na ręce prezesa Zjazdu, p. Dr. H. Święcickiego (Poznań, pałac Działyńskich), jak najkrótsze streszczenie zapowiedzianego odczytu. Autoreferaty te wyjdą drukiem kilkanaście dni przed Zjazdem i rozesłane, względnie rozdane, będą wszystkim Uczestnikom. Wygłoszenie odczytu nie powinno zająć więcej jak 15 minut czasu. Zabierającemu głos w dyskusyi wolno tylko 5 minut przemawiać. Nadto już w czasie posiedzenia winien przemawiający wręczyć sekretarzowi Zjazdu poprzednie przemówienie swoje i to spisane na jednej tylko stronie, wręczonej mu przez sekretarza karty. Komitet gospodarczy ma nadzieję, że przeprowadzona w ten sposób organizacya umożliwi wygłoszenie wszystkich odczytów i dyskusyę uczyni więcej wyczerpującą.

UWAGA. Karty uczestnictwa już teraz wydaje podskarbi Zjazdu, pan dyrektor Więckowski (Poznań, Rynek, Bank Przemysłowców), oraz komisarze Zjazdu, a mianowicie: w Warszawie: Dr. K. Rychliński (Krucza 35), w Krakowie: prof. Wicherkiewicz (Wolska), we Lwowie: radca dworu prof. Rydygier, w Paryżu: Dr. Motz (Boulv. St. Michel 45), w Pradze: prof. Dr. Chodounský.

Radzimy wcześnie zgłaszać się o mieszkania na czas Zjazdu do p. Dr. B. Kapuścińskiego, Poznań, ulica Wilhelmowska 11.

* Komitet Towarzystwa lekarskiego krakowskiego weźmie udział w uroczystości odsłonięcia pomnika wieszcza Mickiewicza. W niedzielę, dnia 26-go czerwca, obecnym będzie zarząd Towarzystwa przy samym akcie odsłonięcia; w poniedziałek zaś przyjmie udział w uroczystym pochodzie na Wawel i zaprasza do współudziału w tym pochodzie wszystkich członków Towarzystwa. Ci więc z kolegów, którzy będą życzyli należeć do pochodu, mają zaopatrzyć się w odznakę Towarzystwa u sekretarza stałego, doc. dr. Sroczyńskiego (ul. Floryańska, 38) i przybyć w godzinie, oznaczonej przez miejski komitet uroczystościowy, na punkt zborny przy bramie Floryańskiej.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Stanisław Kaczurba.

* Prof. Dr. H. Kadyi wybrany został rektorem Uniwersytetu lwowskiego.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell., na ostatniem swem posiedzeniu, wybrał Dr. H. Jordana dziekanem na rok przyszły.

* Dziekanem lwowskiego Wydziału lekarskiego wybrany został prof. Antoni Gluziński.

* Zeszyt II Chirurgii szczegółowej Hueter-Lossena opuścił już prasę w przekładzie Drów Szumlańskiego i Leśniowskiego; obejmuje choroby chirurgiczne głowy. Cena zeszytu 50 kop.

* Dnia 7 maja stwierdzono ospę w galicyjskich 24 powiatach i 97 gminach; dur osutkowy: w 27 powiatach i 57 gminach.

* Wszyscy współwłaściciele »Gazety Lekarskiej«, w liczbie 44, zapisali się na uczestników Zjazdu poznańskiego.

* Na delegatów do Sekcyi prasowej Zjazdu wyznaczyła »Gazeta Lekarska« kolegów: Henryka Nussbauma i Franciszka Kijewskiego.

* Czcigodny prof. Laskowski z Genewy, po 35-letniej niebytności w kraju, przybędzie na Zjazd Poznański.

Mianowani: Prof. nadzwyczajny, Dr. Aleksander Kolisko, mianowany został profesorem zwyczajnym sądowej medycyny w Wiedniu. Dr. Juliusz Scheff, profesorem nadzwyczajnym dentystyki w Wiedniu.

Nekrologia. Dr. A. v. Zenker, b. profesor anatomii patologicznej w Erlandze, zmarł w 73 roku życia. Dr. Karol Rokitański, profesor położnictwa w Gradcu styryjskim, zmarł 19 b. m.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Z. 11: Rabeka L.: Przyczynek do leczenia ospy naturalnej. Beatusa E.: O tętnic zwolnionem. W *Medycynie* Nr 25: Sonnenberga E.: Przypadek zniekształcenia włosów bakteryjnego pochodzenia (dokoń.). Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 25: Dzierzgowskiego S.: O stosunku surowicy przeciwbłoniczej do toksyny błoniczej. Puławskiego A.: Guz śródpiersia przedniego. Dr. Dziewiszka B.: Przypadek plamicy Werlhofa zakaźnej, pierwotnej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Eberson: Ueber die Anwendung des Ichthyols bei Augenkrankheiten (odbitka). Wieden, 1898.

— Dr. Moncorvo: Les lymphangites de l'enfance et leurs conséquences (odbitka). Paryż, 1898.

— Tenże: Sur le traitement de la chylurie par l'ichtyol (odbitka). Paryż, 1898.

— Dr. Lestikow: Das Ichtyol in seiner Verwendbarkeit für die Schiffs- und Tropen-Praxis (odbitka). Lipsk, 1898.

— Dr. Wróblewski A.: Ueber die Eigenschafften der löslichen Stärke und über eine einfache methode zur Darstellung derselben (odbitka). Berlin, 1898.

— Tenże: Was ist Osborne'sche Diastase? (odbitka). Berlin, 1898 rok.

— Tenże: Einige Beobachtungen über den Einfluss der Sterilisation auf die chemische Beschaffenheit der Milch (odbitka). Wiedeń, 1898 rok.

— Tenże: O istocie chemicznej fermentów amylotycznych (odbitka). Kraków, 1898.

— Dr. Luxenburg J.: Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych. Warszawa, 1898.

— Dr. Janowski Wł.: Przypadek pierwotnego dwustronnego ropnego zapalenia nadnercza. Warszawa, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we czwartek, dnia 30-go Czerwca, o godzinie 6-tej wieczorem, w sali Śniadeckich („Collegium novum"), posiedzenie nadzwyczajne, na którem I) kol. prof. Bujwid mówić będzie: „O zabezpieczeniu społeczeństwa od gruźlicy, szczególnie udzielającej się za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt perliczych". II) Kol. Dr. Nartowski: „O morfologii i biologii komórki nerwowej".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

W lecie roku bieżącego ordynować będę

W RYMANOWIE

(dom Zontaka)

111—8—6 *Dr. Michał Śliwiński.*

Dr. Henryk Kümmerling

ordynuje jako jedyny lekarz polski kąpielowy

W BADEN (pod Wiedniem)

Renngasse Nr. 3. 110—10—4

Zakład klimatyczny i wodoleczniczy Schreiberhau

w Górach Olbrzymich (Riesengeb.)

wspaniałe, górami osłonione położenie — 710 mtr. nad p. m. — Otoczony na kilka mil ciągnącym się lasem szpilkowym; z powodu jednostajnej i łagodnej ciepłoty nadaje się także do leczenia w zimie, przez cały rok bywa uczęszczany. Wskazany: w chorobach nerwowych, krwi, kobiecych, dnie, gośćcu i wszelkich cierpieniach przewłocznych. Stosowane bywa: leczenie wodą, mięsienie, gimnastyka lecznicza, elektryczność, leczenie dyetetyczne i t. d. nadto kąpiele borowinowe — solankowe — jodłowe i igliwiowe. Ogrzewanie centralne.

Wspaniałe deptaki osłonione i ogrzewane. 31—26—7

Wiadomość i prospekt przez **Dra Assmanna.**

Peronin

P. P. N. L. 91813. 22—13—12

Uznany środek zastępujący morfinę i kodeinę.

Nie wywołuje ujemnego działania na przewód pokarmowy, znakomity środek uspakajający w męczącym kaszlu suchotników.

Porównaj: Dr. Schröder, Therap. Monatshefte 1897, Styczeń.
Dr. M. Eberson, Therap. Monatshefte, 1897, Listopad.

Odnośne broszury wysełamy pp. lekarzom darmo i opłatnie.

Na składzie we wszystkich aptekach albo wprost u

E. Merck

Chemiczna fabryka. — Darmstadt.

Ogłoszenie konkursu.

Wydział powiatowy w Horodence ogłasza niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** w Czernelicy.

Płaca roczna wynosi 500 złr. z funduszu powiatowego, 200 złr. z funduszu gminy i 250 złr. jako ryczałt Wysokiego Wydziału krajowego na objazdy.

Starający się o posadę wykazać się ma:

1. dyplomem doktora nauk lekarskich;
2. praktyką dwuletnią w zawodzie lekarskim;
3. obywatelstwem austryackiem;
4. świadectwem zdrowia;
5. znajomością języków krajowych. 131—3—3

Termin zgłoszenia się do **30 czerwca 1898.**

KONKURS.

Wskutek rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 29 marca 1898 l. 17766, rozpisuje się konkurs na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego w Dąbrowicy (powiatu gródeckiego), który obejmować będzie następujące gminy i obszary dworskie: 1. Dąbrowica, 2 Wiszenka, 3. Walddorf, 4. Majdan, 5. Wereszyca, 6. Rokitno, 7. Łozina, 8. Jaśniska, 9. Stawki — czyli razem dziewięć miejscowości na obszarze 23.270 hektarów z ilością 11294 mieszkańców.

Siedzibą lekarza okręgowego będzie Dąbrowica.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie §. 14 rozporządzenia wykonawczego do ustawy z 2 lutego 1891 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82 Cz. XXII.

Tenże obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy wyznaczona została płaca roczna 600 złr. w. a. i ryczałt na koszta podróży służbowych w rocznej kwocie 400 złr.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość obu języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Dostateczną fizyczną zdolność.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku najpóźniej do dnia 31 lipca 1898.

Z Wydziału Rady powiatowej
w Gródku, dnia 8 czerwca 1898. 134—3—1

Andrzej Saxlehner, Budapeszt, c. i k. dostawca nadw.

»Hunyadi János«

Saxlehnera Woda Gorzka

— Uznana — Pewna. —

Zalety Saxlehnera wody Hunyadi János

według orzeczenia powag lekarskich:

szybkie, pewne, łagodne działanie.

Nawet po dłuższem stosowaniu znakomicie ją znosi przewód pokarmowy. — Łagodny, przyjemny smak. — Trwałe, jednostajne i nieustające działanie. — Mała dawka.

Celem uchronienia od w błąd wprowadzającego naśladowania należy żądać 10—45—65

»Saxlehnera wody gorzkiej«.

Dr. Władysław Harajewicz

jak lat ubiegłych **ordynuje** 85—10—10

W MARYENBADZIE

od I-go Maja do 30-go Września.

Rok XXXVII. Kraków 2. Lipca 1898. Nr. 27.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wartości odżywczej i leczniczej mleka, a w szczególności krakowskiego mleka potrójnego i podwójnego*)

podał

Dr. Roman Rencki,
asystent kliniki.

Jeżeli zdrowy ustrój ludzki do swego rozwoju i prawidłowego wykonywania funkcyj życiowych potrzebuje odpowiedniej, a dziś, dzięki rozwojowi fizyologii i chemii lekarskiej, dokładnie określonej ilości i jakości pokarmów, to nierównie większej wagi jest dyetetyka ustroju dotkniętego chorobą. Tam ilość i jakość pokarmów ma za cel dostarczać ustrojowi niezbędnych mu składników, by uchronić go od zniszczenia, a zachowując go przy ciągłej równowadze fizyologicznej, tem samem czynić odpornym na wszelkie wpływy szkodliwe; tu ma ona często obok tego zadanie wprost lecznicze. Pomimo ciągłego a niezaprzeczonego postępu medycyny, nie wiele posiadamy leków, któreby usunąć zdołały samą chorobę. Przeważna większość chorób pokonywaną bywa odpornością samego ustroju, któremu tylko nasze przetwory farmaceutyczne przychodzą z większą lub mniejszą pomocą.

Wszak podając ustrojowi dotkniętemu gruźlicą, jeden z tych dość licznych środków leczniczych — (których wzrastająca liczba świadczy tylko o ich wartości) — kładziemy główny nacisk, obok warunków klimatycznych, na odżywienie chorego, bo spodziewamy się, że z chwilą, kiedy uda nam się podnieść to podupadające odżywienie, i sam przebieg choroby będzie korzystniejszy. Mało się różni postępowanie nasze przy wielu innych stanach chorobowych; dość wspomnieć tylko choroby narządu pokarmowego, nerek lub wreszcie choroby zakaźne.

Dziś już zdanie, wypowiedziane przez Sydenhama, że wiele chorób leczy się samą dyetetyką, zostało powszechnie uznane; to też coraz więcej i pilniej zwracamy uwagę na racyonalne żywienie chorych, wiedząc, że tą drogą jesteśmy często w stanie wywrzeć rozstrzygający wpływ na przebieg choroby. Dzięki gruntownym pracom Liebiga, Voita, Chossata, a z nowszych Bauera, Biederta, Munka, Uffelmana i w. i., dyetetyka zdobyła sobie poczestne stanowisko w medycynie, a nauka o żywieniu jest już dzisiaj przedmiotem osobnych wykładów akademickich w uniwersytetach zagranicznych. I polskiej literaturze nie brak również prac poświęconych temu przedmiotowi, a wspomnieć tu należy prace Bulikowskiego, Jakubowskiego, E. Jaworskiej, Bujwida, Rajchmana, Papiewskiego, Kramsztyka i w. i.

*) Odczyt wygłoszony w sekcyi lekarskiej Towarzystwa lek. galic. dnia 22 kwietnia br.

Zdrowy organizm, dla utrzymania swego bytu, musi codziennie w pokarmach przyjmować pewną określoną ilość potrzebnych mu składników, a więc wodę, pewną ilość substancyj białkowatych, tłuszczu, wodników węgla, oraz soli nieorganicznych, które, razem wzięte, powinny przedstawiać pewną wartość kaloryjną, a ta, dla niepracującego, ważącego 65 klgr. człowieka, wynosi około 2200. Od ilości i stosunku wspomnianych składników, z których każdy dla siebie posiada odmienną wartość kaloryjną, zależy dobroć, czyli wartość odżywcza pokarmów i jest ona zmienną i różną dla każdego produktu spożywczego. I w ustroju schorzałym zależy nam zawsze na chronieniu go od samotrawienia, czyli na utrzymaniu równowagi fizyologicznej; ztąd też choremu musimy wszystkie potrzebne składniki dostarczyć, — często nawet w zwiększonej ilości.

Posiadamy obfitą ilość pokarmów stałych, odpowiadających wszystkim wymaganym od nich warunkom, z których wysokiej wartości kaloryjnej często z pożytkiem dla chorych chętnie korzystamy; lecz jakże często znajdujemy się w tem przykrem położeniu, że chorzy, wskutek zmniejszonego łaknienia, przyjmować ich nie chcą, a z drugiej strony czasem podawać ich nie możemy. Pokarmy bowiem analogicznie do leków, mają już dziś nie tylko swoje wskazania, ale i przeciwwskazania. Doświadczenie kliniczne poucza nas, że przeważna większość pokarmów stałych wpływa często bardzo niekorzystnie na schorzałe narządy, które raczej nam od wszystkich wpływów drażniących ochraniać należy, a wspomnę tu znowu o przewodzie pokarmowym. O wiele lepiej nadają się w tych przypadkach pokarmy płynne, które chorzy łatwiej i chętniej przyjmują, a powtóre znaczna ich część nietylko nie wpływa drażniąco na narządy, ale owszem — nieraz osłaniająco. Lecz z wyjątkiem jedynego mleka, wszystkim pokarmom płynnym brak dostatecznej ilości potrzebnych ustrojowi składników; wartość ich kaloryjna jest bardzo mała, a często prawie żadna. Ztąd to mleko tylko odgrywać może ważną i skuteczną rolę w żywieniu chorych, a przemawia za niem, dzięki zawartości potrzebnych organizmowi składników, i dostateczna wartość odżywcza, — dalej konsystencya płynna, a wreszcie działanie jego niedrażniące, a nawet osłaniające na wszystkie narządy. Musiało więc ono zdobyć sobie należne stanowisko w dyetetyce chorych. Że mleko nietylko jest w stanie dostarczyć ustrojowi składników niezbędnych do jego utrzymania, ale nawet rozwoju, to najlepszym dowodem niemowlęta, dla których mleko matki jest jedynym i najlepszym pokarmem; tego również dowodzą niektóre ludy, jak wie-

śniacy w Szwecyi i Beduini w Arabii, którzy żywią się prawie wyłącznie mlekiem.

Przeciętny skład odsetkowy mleka krowiego jest następujący: Substancyj białkowatych 3·5%, tłuszczu 3·6%, cukru mlecznego 4·8%, soli nieorg. około 0·7%. Ilość tych składników w 100 grm. odpowiada wartości kaloryjnej = 63; wartość więc jednego litra mleka równa się 630 kaloryom.

Zestawienie powyższe przekonywa nas o bardzo znacznej, jak na napój, wartości odżywczej mleka, bo równa się ona połowie wartości tej samej odważonej ilości mięsa. Ma jeszcze dalszą zaletę mleko, a mianowicie, jest ono pokarmem łatwo strawnym. Tłuszcz, który posiada największą wartość kaloryjną, znajduje się tu w nadzwyczaj delikatnej zawiesinie i jako taki, ulega bezpośredniemu wessaniu w jelitach, które ułatwia jeszcze jego nizki punkt topliwości. Cukier mleczny ulega wessaniu, rozpadając się poprzednio na swe pierwotne składniki: dekstrozę i galaktozę; użyty w większej ilości działa on przytem łagodnie przeczyszczająco i moczopędnie; ma nadto, według Albertoniego, działać hemotaktycznie na ciałka białe. Jeśli do tego dodamy dalszą własność cukru mlecznego, to jest zdolność powstrzymywania gnicia białka, to okaże się nie mała jego wartość w mleku. Sernik również łatwo jest przez żołądek i jelita znoszony. Mimo jednak wartości odżywczej i tych wspomnianych zalet mleka, nie wszyscy chorzy, jak poucza doświadczenie, znoszą je równie dobrze. Składa się na to kilka czynników. Jedni z powodu nieprzyzwyczajenia do mleka, a może uprzedzenia, wprost nie lubią mleka i wypraszają się od niego. Tu jednak poprawa smaku przez dodanie herbaty, koniaku lub araku, a w sprzyjających warunkach osobisty wpływ lekarza, łatwo opór pokonać mogą. Gorzej jest w tych przypadkach, gdzie chorzy nawet do mleka nieuprzedzeni, z powodu nadczułości żołądka, jak to ma miejsce n. p. u małych dzieci, doznają pewnych przypadłości, jak gniecenie, pełność, zgaga lub wzmożone pragnienie. Są one tu wynikiem samego zachowania się sernika w żołądku. Sernik bowiem, pod wpływem żołądkowego kwasu solnego, oraz zaczynu podpuszczkowego, strąca się w postaci grubych skrzepów, które zatrzymując się dłużej w żołądku, u osób wrażliwych, mogą już wywołać powyższe dolegliwości. W tych przypadkach sami chorzy starają się ulżyć sobie przez popijanie np. herbaty lub wody, bo przez to ułatwiają rozdrabianie zbitego sernika. Ten sam cel ma zalecane przez nas w tych przypadkach przegotowywanie mleka, lub mięszanie go z wodą zwykłą, lub mineralną, np. Szczawnicką, Emską, Selterską itd. Jeszcze lepszem okazuje się rozcieńczanie mleka kleikami: jęczmiennym, ryżowym itp.; bo w ten sposób, rozrzedzając sernik, tem skuteczniej przeszkadzamy ścinaniu się jego w żołądku w zbite bryły. I rzeczywiście sernik mleka gotowanego, a do tego odpowiednio rozcieńczonego, ścina się, jak o tem łatwo przekonać się możemy, wydobywając go w $^1/_2$—1 godziny z żołądka, tylko w drobnych strzępach, tem więc łatwiej i prędzej przedostaje się do jelit. Na tej zasadzie polega przygotowywanie mleka tzw. Gärtnerowskiego, które dla zbliżenia go składem do mleka kobiet, otrzymuje się przez rozcieńczenie go wodą dla zmniejszenia ilości sernika; poczem po dodaniu cukru mlecznego, przez centryfugowanie wzbogaca się go w potrzebną ilość tłuszczu. Liczne doświadczenia z tem mlekiem dały dobre wyniki (Gärtner, Papiewski i in.), a Doc. Dr. Raczyński, po dłuższem podawaniu dzieciom w klinice pedyatrycznej prof. Dra Jakubowskiego, tego mleka, dostarczanego przez krakowską mleczarnię E. Dobrzyńskiej, uznaje go za zupełnie odpowiednie nietylko do dokarmiania, ale także do wyłącznego żywienia niemowląt.

Drugim ważnym czynnikiem, który ujemnie wpływa na znoszenie mleka, jest jego wielka łatwość zakażania się drobnoustrojami. Mleko, pochodzące z gruczołów krów zdrowych, jest zupełnie jałowe, jednakowoż bardzo szybko zanieczyszcza się bakteryami i zawiera ich tem więcej, im więcej upłynęło czasu od chwili dojenia. (Bujwid). Pod wpływem bakteryj mleko, pomijając już wprost możebność wywołania zakażenia swoistymi zarazkami, ulega szybko kiśnieniu, którego następstwem bywają częste zgagi, odbijania, a wreszcie wzdęcie brzucha i biegunka.

Aby uwolnić mleko od tych zanieczyszczeń, a tem samem zapewnić możność dłuższego przechowywania w stanie niezmienionym, starano się przez odpowiednie postępowanie, uwolnić go od drobnoustrojów. Do tego dąży tzw. Pasteuryzowanie mleka, t. j. ogrzewanie go przez 20 minut do 68—69° C., oraz następowo nagłe oziębianie. W tej temperaturze giną prątki gruźlicy, błonicy, duru, cholery oraz większa część zwykle w mleku spotykanych bakteryj. W ten sposób przyrządzone mleko utrzymać się daje mniej więcej 3 doby. Jeśli chcemy mleko przez dłuższy czas przechowywać, to należy go wyjałowić przez ogrzanie do ciepłoty 110—115° C. Takie jednak mleko nabiera nieprzyjemnego smaku, dlatego odpowiedniejszem jest ogrzanie go dwukrotne do ciepłoty 95°—100°, gdyż już i w tej ciepłocie giną wszystkie zarodki, z wyjątkiem *baccillus subtilis*, który zresztą dla ustroju nie ma znaczenia.

W pewnych dość licznych stanach chorobowych, gdzie najchętniej chcielibyśmy pozostawić chorego na wyłącznie mlecznej dyecie, spotkać się możemy z trzecią trudnością w zastosowaniu mleka. Wynika ona z ilości, jakiej musielibyśmy użyć, chcąc dotkniętemu chorobą ustrojowi dostarczyć potrzebnej mu obfitości kaloryj. Wychodząc z założenia, że potrzebuje przeciętnie w spokoju będący ustrój o wadze 65 klgm. około 2200 kaloryj, to aby mu tę ilość zapewnić, musielibyśmy podać dziennie $3^1/_2$—4, a nieraz i więcej zwykłego mleka. Ilość ta jest zbyt dużą, by chory mógł ją znieść dobrze i to nieraz przez czas dłuższy. Obfita ilość strąconego w zbite bryły sernika nie dla każdego będzie obojętną; chcąc to mleko uczynić łatwiej strawnem przez odpowiednie rozcieńczenie, zwiększamy tylko niepotrzebnie ilość płynu, przy równoczesnem zmniejszaniu jego wartości odżywczej.

Tej niedogodności starano się już wielokrotnie zaradzić, chcąc podawać mleko w mniejszej ilości, a o większej wartości odżywczej. Lecz i mleko zgęszczone (kondensowane), uzyskane przez odparowanie mleka zwykłego w rozrzedzonem powietrzu, a następnie przez dodanie cukru trzcinowego, nie okazało się odpowiedniem swemu celowi, gdyż chorzy, przy dłuższem stosowaniu, nie znoszą go wcale. To samo powiedzieć można o śmietanie słodkiej, polecanej przez Nordena, Klemperera, która ze względu na swą obfitą, — zwykle jednak zmienną, — ilość tłuszczu, mogłaby się dobrze nadawać do żywienia chorych.

Szczęśliwą więc można nazwać myśl prof. Dra Jaworskiego, który uwzględniwszy powyższe ujemne strony mleka

zwykłego, wprowadził w użycie mleko wyjałowione o znacznej wartości kaloryjnej, a wolne od wad mleka zwykłego. Mleko to nazwał, stósownie do zawartości tłuszczu, „krakowskiem mlekiem potrójnem i podwójnem“ *(lac cracoviensis triplex v. duplex)*. Wyrobem tym zajęła się znana u nas firma krajowa mleczarni krakowskiej p. E. Dobrzyńskiej.

Przyrządzanie tego mleka odbywa się na zasadzie wyrobu mleka Gärtnerowskiego, w którem ilość białka jest niższa, niż w mleku zwykłem Mleko zwykłe, świeże rozcieńcza się wodą, następnie wycentryfuguje się śmietanę o pewnej zawartoś i tłuszczu, poczem po podaniu cukru mlecznego do 6%, poddaje się mięszaninę dwukrotnemu ogrzaniu do 95°—100° C.

Mleko potrójne krakowskie ma skład następujący: 10% tłuszczu, 1·8% białka, 6% cukru mlecznego i około 0·3% soli nieorganicznych; oddziaływanie jego obojętne, a. c. g. 1·021. Mleko podwójne zawiera 6·7% tłuszczu, 1·8% białka, 6% cukru i około 0·3% soli nieorganicznych. C. g. 1·027. Wartość więc kaloryjna 1 (500 grm.) flaszki mleka potrójnego = 618, a wartość jednej flaszki mleka podwójnego = 471.

Do wyżywienia więc potrzeba dziennie podać człowiekowi, dla utrzymania go w równowadze ciała, niespełna 2 litry mleka potrójnego, a $2^1/_2$ litra mleka podwójnego. Ilości to niewielkie, a i te obniżyć można, dodając choremu 4—6 jaj dziennie.

Mleko to nadaje się również bardzo dobrze do mięszania z wodami mineralnemi, kawą, herbatą, a nadto służyć może do sporządzania takich potraw, jak kaszka, ryż na mleku itp.

Smak mleka o powyższym składzie jest wcale przyjemnym, a mniejsza zawartość sernika zbliża go do mleka Gärtnerowskiego, czyniąc go napojem pożywnym, łatwo strawnym i nie wywołującym przypadłości, spotykanych przy mleku zwykłem. Jeżeli do tego uwzględnimy, że mleko to jest dwukrotnie wyjałowione, to korzyści jakie ono nam dać może, są znaczne: wielka wartość kaloryjna, łatwa strawność, bezpieczeństwo od nabawienia się chorób zakaźnych, a wreszcie ta dogodność, że przez dłuższy nawet czas przechowanem być może.

Pod względem ekonomicznym mleko to przewyższa wszystkie sztuczne pożywki białkowate, jak peptony, eukazynę, nutrozę, lub wreszcie tak silnie reklamowaną somatozę. I one nie zawsze bywają dobrze znoszone, zwłaszcza gdybyśmy je chcieli podawać w potrzebnej ilości; a wysoka ich cena nie pozwala ich powszechnie stósować. Tak n. p. 100 grm. somatozy, które kosztują 3 złr. 50 ct., przedstawiają wartość kaloryjną 328; za tę zaś cenę 14 flaszek mleka potrójnego ma wartość 8650, a więc przeszło 26 razy większą. Nie korzystniej przedstawia się pepton Liebiga, a jeszcze gorzej pepton Dénayera.

Doświadczenia kliniczne wykonane przez prof. Jaworskiego w klinice lekarskiej krakowskiej z mlekiem potrójnem i podwójnem, wypadły nader dodatnio.

Wyniki swoje streszcza prof. Jaworski mniej więcej w sposób następujący: Tak chorzy jak i zdrowi przyjmują chętnie mleko wielokrotne, nie doznając uczucia pełności lub sytości, a nawet, przy mleku dwukrotnem, mają wzmożone łaknienie. Ilość podawanego mleka, do 2 litrów dziennie, nie sprawia biegunki, chyba tylko u osobników do niej skłonnych, a stolce przedstawiają się prawidłowo. Mleko wielokrotne, wydobyte z żołądka po upływie $^1/_3$—1 godziny, okazuje się nie skrzepnięte, lecz w postaci śmietankowatej zawiesiny. Odżywienie chorych wśród spożywania mleka wielokrotnego poprawia się, a przeciętny przybytek na wadze wynosi około 1 klgrm. Jako zalety tego mleka podnosi prof. Jaworski przedewszystkiem stały jego skład chemiczny, przez co mamy możność dawkowania go jako leku, wielką wartość odżywczą, łatwe znoszenie go bez żadnych dolegliwości, oraz pewność w chronieniu się od zakażenia.

(Dokończenie nastąpi).

II. O formalnych przewinieniach lekarskich

podał

Prof. Dr. Leon Wachholz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Artykuł VII. austr. ustawy, z dnia 17. Grudnia 1862, opiewa: „kto w ciągu śledztwa karnego, przed jego ukończeniem i przed zużytkowaniem przy rozprawie głównej, ogłasza drukiem użyte w aktach dowody, zeznania świadków, znawców lub obwinionych, staje się winnym przekroczenia i ma być karany grzywną od 50 do 500 złr“. — Powyższe rozporządzenie wydaje się właściwie zbytecznem, ponieważ każdy, a tembardziej człowiek wykształcony, jakim jest lekarz, łatwo pojmie, iż przedwczesne rozgłaszanie szczegółów dochodzenia karnego, n. p. szczegółów przypadku sądowo-lekarskiego, budzącego naukowe zajęcie, może ujemnie wpłynąć na tok postępowania sądowego, udaremnić śledztwo, z góry sprawę przesądzić. Jeżeli, mimo istnienia powyższego przepisu, zdarza się, że tu i owdzie lekarz ogłosi drukiem przedwcześnie przypadek sądowo-lekarski, to nastąpić to może albo wskutek nieznajomości ustawy lub wskutek mylnej informacyi, n. p. mylnego zawiadomienia, iż dany przypadek sąd już ostatecznie rozstrzygnął.

Niemiecki kodeks karny orzeka w §. 278, jak następuje: „Lekarze, i inne do czynności leczniczych powołane osoby, które niezgodne z prawdą świadectwo o stanie zdrowia drugiego człowieka, dla użytku władz lub towarzystw ubezpieczenia, wbrew swej świadomości, wydają, będą karani więzieniem od miesiąca do 2 lat“. Podobnie opiewa §. 295 projektu nowego austr. kod. k. z r. 1889. Obecnie obowiązujący nas kodeks karny nie mieści podobnego ustępu, tyczącego się fałszywych świadectw lekarskich, które zatem podpadają pod ustępy orzekające o oszustwie (§. 201—205 i 461).

Świadectwa lekarskie rozmijają się nadto często z prawdą, a niema w tem nic niezgodnego z etyką, i nic karygodnego, jeżli mylność świadectwa pochodzi z mylnego rozpoznania stanu, co do którego wydaje się poświadczenie. Ale niestety jakżeż często wydaje się rozmyślnie przesadne, a zatem fałszywe świadectwa, w celach napozór drobiazgowych, n. p. aby usprawiedliwić nieobecność ucznia w szkole, lub uwolnic go od obowiązku dłuższego uczęszczania do szkół Tego rodzaju świadectwa, jeżli już nie pociągają za sobą dotkliwszych skutków, to jednak zdolne są podkopać zaufanie i powagę stanu lekarskiego w oczach społeczeństwa.

Świadectwa te są niekiedy tak banalnie wystylizowane, że czynią ujmę autorowi. Dla przykładu wspomnę tylko o kilku podobnych znanych mi świadectwach. I tak jedno z nich, wydane przez młodego lekarza, poświadcza iż X. X. cierpi na nieżyt oskrzelowy, wobec czego wskazanym jest dla niego pobyt na południu; gdy atoli X. X. uległ przy egzaminie reprobacyi na kilka miesięcy, przeto usprawiedliwioną jest prośba jego, wystosowana do przełożonej władzy o pozwolenie składania ponownego egzaminu we wcześniejszym terminie; w drugiem poświadcza lekarz ordynujący w kartce pośmiertnej, że N. N. umarł z nieżytu oskrzelowego, mimo iż śmierć nastąpiła bez opieki lekarskiej, a zwłoki miały być poddane sekcyi policyjno-lekarskiej; świadectwo miało służyć jedynie w celu uwolnienia zwłok od sekcyi, niechętnie widzianej przez rodzinę zmarłego. W innym podobnym przypadku stwierdza lekarz na kartce pośmiertnej rozedmę płuc, jako przyczynę śmierci, a wykonana potem, z polecenia władzy, sekcya wykazuje ogólne posokowate zapalenie otrzewnej, w następstwie urazowego pęknięcia jelita. Israel doniósł o przypadku, w którym lekarz wydał kartkę pośmiertną, poświadczającą, że śmierć pewnego mężczyzny nastąpiła wskutek udaru mózgowego, mimo, iż denat pozbawił się życia rozmyślnie wystrzałem z broni palnej. Prokuratorya państwa skazała lekarza za przekroczenie zawodowego obowiązku. Lekarz wniósł odwołanie od wyroku, motywując je obowiązkiem dyskrecyi zawodowej; odwołanie to odrzucono z tego powodu, że obowiązek dyskrecyi nie zniewala bynajmniej do wydania na piśmie fałszywego świadectwa. Strassmann powiada, że najczęściej w p ł y w a j ą do władz doniesienia o wydaniu przez lekarzy fałszywych świadectw w przypadkach sporów małżeńskich, zdążających do uzyskania rozłączenia, a to tem bardziej, że obie strony wiodą te spory zwykle z największą zaciętością. I tak: nadprokuratorya wezwała go w jednym podobnym przypadku, jako znawcę, czy było prawdziwe lub nie, wydane przez Dra Z. świadectwo, na mocy którego rozłączająca się ze swym mężem żona, domagała się wyższych od niego alimentacyi. Mąż dowodził, że świadectwo Dra Z. jest rozmyślnie fałszywe, a celem poparcia swego twierdzenia przedstawił ze swej strony świadectwo Dra T. Świadectwo Dra Z., wydane 24. marca 1892 r., stwierdza u owej kobiety istnienie znacznej przepukliny pępkowej i silnie rozwiniętych żylaków, wskutek których to zboczeń uznaje ją za niezdolną do zarobkowania, tem samem przyznaje słuszność w domaganiu się jej od męża wyższych alimentacyj. Świadectwo Dra T. wydane 12 Marca 1895 r. stwierdza te same zmiany u owej kobiety, lecz w mniejszym stopniu, wobec czego nie uznaje jej za niezdolną do zarobkowania. Jakkolwiek właśnie to drugie świadectwo zdawało się Strassmannowi niezgodnem z prawdą, wydał on, na stósowne zapytania, orzeczenie tej treści, że nie może dojrzeć wyraźnej sprzeczności między oboma świadectwami, ponieważ sąd odnośnie do stopnia nasilenia zmiany patologicznej, oparty na podmiotowem zapatrywaniu się lekarzy, waha się zwykle w szerokich granicach; dolegliwości zaś połączone z powyższemi zmianami, mogą się okresowo nasilać lub słabnąć; ocena zdolności zarobkowania jest trudną; doświadczenie zaś poucza, że taka ocena w jednym i tym samym przypadku, wydana przez kilku lekarzy, bywa bardzo odmienną, a mimo to nie ma podstawy do poddawania w wątpliwość *bonae fidei* jednego z lekarskich znawców. Nietylko rozmyślne wydanie fałszywego świadectwa ulega karze, lecz także i niedbałe wydanie świadectwa, tj. wydanie poświadczenia o stanie zdrowia na podstawie samych wywiadów, a bez przedmiotowego stwierdzenia stanu zdrowia. I tak n. p. skazał Trybunał Sekwany lekarza na 500 franków odszkodowania i na koszta prawne za wydanie świadectwa, stwierdzającego uszkodzenia cielesne, na podstawie wyłącznie tylko wywiadów wrzekomo uszkodzonego, które się potem okazały fałszywemi.

Przyznać trzeba, że bardzo rzadko podlegają fałszywe świadectwa lekarskie sądowym dochodzeniom; w każdym jednak razie wykazanie takiego błędu jest dla znawców sądowych zadaniem nie tyle trudnem, ile w wysokim stopniu przykrem, bo zmusza ich do wyjawienia niemoralnego i poniżającego postępku własnego kolegi.

W najstarszych już pomnikach literatury lekarskiej znajdujemy uwagi i rady udzielane lekarzom, aby w pełnieniu swego zawodu postępowali wedle zasad etyki. I tak domagał się Charaka, aby „myśl, słowo i umysł cały lekarza zajęte były, w chwili badania chorego, tylko chorym i jego położeniem“, a Susruta odzywa się znów do lekarza w te słowa: „musisz się wyrzec miłości i nienawiści, zazdrości i gniewu, lenistwa, podstępu i pożądliwości. Lekarz powinien unikać wszelkiej poufałości z kobietami, a powinien być pięknym, dobrze zbudowanym i pociągającym, poważnym bez przesady, uprzejmym i rozsądnym, jego mowa powinna być łagodną i dodającą otuchy, jak mowa przyjaciela, serce jego czyste i szlachetne; powinien być wzorem skromności i trzeźwości, a chorych swych powinien kochać więcej niż rodzeństwo, przyjaciół i rodziców. Można się obawiać brata, matki, lub przyjaciela, nigdy zaś lekarza“.

W księgach uczniów Hippokratesa, o dobrem zachowaniu się, są liczne wzmianki, odnoszące się do moralnego zachowania się lekarza; z oburzeniem wspomina się tam o tych lekarzach, którzy przez popularne i napuszyste wykłady usiłują sobie zjednać klientelę, lub przez poniżającą pożądliwość kalają cześć stanu lekarskiego. Według ich zdania nauki lekarskie „prowadzą do poszanowania względem bogów, a do miłości względem ludzi“.

Jakkolwiek zasady powyższe przynoszą zaszczyt ich autorom, i tym, którzy się do nich stosowali, jednak, conajmniej, wydaje się wątpliwem, czy wszyscy lekarze w starożytności ich przestrzegali. Że w obecnej dobie wykraczają lekarze przeciw zasadom ogólnej etyki, nie może zadziwiać, skoro w każdym stanie znajdą się tacy, których poczucie moralne nie zawsze stoi na wysokości ich powołania. Z uczynków niemoralnych, jakich się może dopuścić lekarz z natury swego zawodu, należy wymienić, oprócz wydawania fałszywych świadectw, zbrodnie spędzenia płodu, zhańbienia i nierządu z kobietami, powierzającemi się jego opiece, wreszcie rubaszne i nieludzkie obejście się z chorymi.

Spędzenia płodu dopuszczają się lekarze coraz częściej, jak o tem poucza doświadczenie, zebrane w wielkich miastach; rzadko atoli stają się te przypadki o tyle głośnymi, żeby dochodziły do wiadomości władz. Częściej natomiast staje lekarz pod zarzutem zhańbienia lub nawet zgwałcenia chorej kobiety, która zasięgała u niego porady. Na szczęście nie często zarzut ten okazuje się w późniejszem śledztwie uzasadnionym; częściej natomiast pada lekarz ofiarą

własnej nieoględności, a przewrotności chorych denuncyantek. Strassmann powiada w tym względzie, że „stan lekarski podziela ze stanem duchownych i nauczycieli ten smutny przywilej, że szczególnie często stoi pod nieusprawiedliwionym zarzutem wrzekomo popełnionych zbrodni płciowych. Jakżeż często zdarza się, że lekarz, badając dokładnie chorą uważa za stósowne zbadać także części płciowe i czyni to po uzyskaniu przyzwolenia ze strony chorej, która go potem obwinia o zhańbienie, a nawet o zgwałcenie. Te fałszywe obwinienia lekarzy, przez własne ich pacyentki, wynikają z chorobowej lub rozmyślnej przewrotności. I tak histeryczki obwiniają swych lekarzy z chorobowej przewrotności o gwałty płciowe, zaś kobieta przewrotna zamierza dla siebie wymusić na lekarzu pewne materyalne korzyści, zapomocą groźby fałszywego obwinienia o gwałt jej zadany. Jak daleko sięga przewrotność tych kobiet, dowodzą między innemi spostrzeżenia Fourniera, który opowiada o sztucznych afekcyach, wywołanych rozmyślnem pokaleczeniem i obrażeniem własnego sromu, celem tem pewniejszego upozorowania słuszności swej skargi.

Ażeby ujść podobnym nieusprawiedliwionym obwinieniom, powinien lekarz postępować z choremi oględnie, t. j. z właściwą stanowi godnością i chłodem, nie powinien dać się unieść namiętności i pokusie, a zwłaszcza wówczas, gdy zachowanie się chorej jest wyzywającem. Najlepiej dałoby się zapobiedz fałszywym obwinieniom o gwałty płciowe, gdyby lekarz, zmuszony zbadać chorą *ad genitalia*, dokonał tego badania w obecności bezstronnych świadków, n. p. kogoś z otoczenia chorej. Niestety, nie zawsze to możliwe, a często domaga się chora, aby badanie odbyło się bez świadków. Za przykład, jak doniosłemi są w następstwach podobne fałszywe obwinienia, niech posłuży przypadek Strassmanna: młoda niedokrewna i dziedzicznie obciążona dziewczyna utopiła się, zaraz po wyjściu od lekarza, który wykonał u niej zabieg operacyjny w nosie, przy miejscowem znieczuleniu zapomocą kokainy. Denatka pozostawiła list, w którym oświadczyła, że lekarz jest powodem jej śmierci. Wobec tego wdrożono śledztwo w kierunku gwałtu płciowego, dokonanego wrzekomo na dziewczynie przez lekarza, w czasie zabiegu operacyjnego. Atoli sekcya zwłok denatki nie wykazała śladów defloracyi, ani ciąży; wobec czego udowodniono, że obwinienie lekarza było nieuzasadnionem, a wynikło z chwilowego zamroczenia umysłu, wywołanego u dziewczyny anemicznej, najprawdopodobniej ostrem zatruciem kokainą. Doświadczenie bowiem i znane w literaturze spostrzeżenia dowodzą, że podobne fałszywe obwinienia wynikają często ze złudzeń zmysłowych, wywołanych omdleniem badanej kobiety lub też narkozą, jakiej lekarz używa w celu bezboleśnego wykonania badania lub zabiegu leczniczego. I tak n. p. wspomina Kidd o przypadku, tyczącym się pewnej dziewczyny, która zemdlała w chwili, gdy jej lekarz wprowadził do pochwy wziernik; lekarz chcąc ją ocucić, zbliżył do jej nosa flaszeczkę z silnem wonidłem, poczem dziewczyna odzyskała przytomność. Uważając atoli owe wonidło za chloroform, obwiniła lekarza, że ją uśpił i w tym stanie zgwałcił. Richardson zaś wspomina o przypadku, tyczącym się pewnego dentysty, którego obwiniła pewna dama o zgwałcenie w czasie, kiedy była uśpiona chloroformem, jakkolwiek uśpienia i zabiegu dokonano w obecności ojca i matki skarżącej, oraz wobec asystenta niewinnie obwinionego dentysty.

Celem uniknięcia podobnych nieuzasadnionych obwinień powinien lekarz stósować środki odurzające lub hipnozę zawsze w obecności świadków, najlepiej w obecności otoczenia pacyentki, zasięgającej u niego rady i pomocy.

Oppenheim, wspominając o środkach, których wolno użyć przy zabiegach lekarskich, mówi, że środki te nie powinny być niezwyczajne, jak n. p. czynne znieważenie lub spółkowanie z chorą, cierpiącą na podniecenie płciowe.

Czasem zdarza się, że lekarz uniósłszy się gniewem lub straciwszy cierpliwość z chorym, wahającym się poddać zabiegowi leczniczemu, uderza go lub czynnie znieważa. Skutki podobnego uniesienia się lekarza mogą być dlań podwójnie dotkliwe, a to naprzód są w stanie go zniesławić i pozbawić zaufania pacyentów, powtóre mogą nań ściągnąć odpowiedzialność karno-sądową. Przed wprowadzeniem narkozy i innych sposobów znieczulenia chorego, celem wykonania zabiegu bezboleśnie, mieli operatorowie używać urazów mechanicznych, jako środka odurzającego, z pomyślnym skutkiem; zwyczaj ten atoli, sam w sobie surowy i nie licujący z powagą stanu lekarskiego, upada obecnie, skoro rozporządzamy całym szeregiem przetworów znieczulających. Nie ulega wątpliwości, że lekarz znajduje się nieraz wobec chorego w położeniu, które go wyprowadza z równowagi umysłowej; ma to miejsce najczęściej, jeżeli lekarz ma wykonać choćby najlżejszy zabieg u dziecka kilkoletniego. Jeżeli weźmiemy pod rozwagę, że n. p. 7-letni pacyent, któremu lekarz zamierza wyciąć migdałki, przeciąć ropień, wydobyć zęba itd., niesfornem i niespokojnem zachowaniem się może się narazić na mimowolne uszkodzenie narzędziem operatora, a lekarz, mimo perswazyi, nie może go uspokoić, jeźli się zważy, że scena taka rozgrywa się w szpitalu lub w ambulatoryum, gdzie lekarz nie może tracić wiele czasu nad jednym chorym, to przyzna każdy, że uniesienie się lekarza i czynne zgromienie przezeń niesfornego pacyenta, jakkolwiek niestósowne, a nawet karygodne, daje się przecież wytłómaczyć. Strassmann, wezwany przez sąd do złożenia orzeczenia w sprawie lekarza, którego obwiniono o bezprawne kilkakrotne wymierzenie policzka 9-letniemu chłopcu, wzbraniającemu się w poliklinice otworzyć usta dla wycięcia migdałka, podniósł w obronie obwinionego te właśnie wyżej omówione okoliczności, wskutek czego sąd dalszych dochodzeń przeciw lekarzowi zaniechał. Nie zawsze atoli da się taka porywczość lekarza usprawiedliwić. I tak n. p. skazano w ostatnich czasach w Kassel lekarza za to, że chorą, znajdującą się w jego lecznicy, usiłował laską i batem zmusić do zaprzestania krzyku z powodu urojonych bólów; również i w przypadku, podanym przez Haeblera, uległ lekarz karze za błąd w technice lekarskiej, oraz za niewłaściwe skarcenie 3—4-letniego chłopca uderzeniem w twarz i pośladki, z powodu niespokojnego zachowania się przy wydobywaniu ciała obcego z zewnętrznego przewodu słuchowego. Odnośnie do podobnych karceń cielesnych pamiętać trzeba i o tem, że może ono sprowadzić natychmiastową śmierć skarconego, nawet choćby samo skarcenie żadnych lub bardzo nieznaczne zostawiło ślady, jak otarcie naskórka lub powierzchowny siniec. Coraz więcej mnożą się spostrzeżenia, tyczące się nagłej śmierci nawet po nieznacznym urazie fizycznym lub psychicznym u dzieci i u dorosłych, dotkniętych tak zwanym *status thymicus vel lymphaticus Paltaufa*. I tak Haberda opisał w roku zeszłym przypadek nagłej śmierci młodego

człowieka, który, po krótkiej bójce w szynku, wyparty za próg, bez przyczyny zakończył życie, a sekcya wykazała jedynie znamiona tak zw. *status thymici*. W roku ubiegłym sekcyonowaliśmy podobny przypadek, tyczący się młodej służącej, wrzekomo zabitej przez służbodawczynię; oprócz kilku otarć i jednego sińca na czole, nie wykazała sekcya żadnych zmian, oprócz cech *status thymici*, a przed kilku dniami uzyskaliśmy zwłoki młodej dziewczyny, otrutej w zamiarze samobójczym fosforem, u której śmierć nastała niezwykle szybko, bo w przeciągu pierwszej doby (wobec czego zmiany anatomiczne były jeszcze bardzo mało wybitnemi), jak się zdaje dlatego, że była dotknięta wybitnym *status thymicus*. Powyższe przypadki zalecają zatem wielką oględność, tem bardziej, że nie da się przewidzieć, czy chory nie jest dotknięty stanem podobnym, czy zatem nasze szorstkie obejście, lub znieważenie go, nie pociągnie za sobą nagłej śmierci, za którą, chociaż nie odpowiemy w obliczu prawa, jako za zabójstwo, w każdym jednak razie uczynimy sobie zarzut podobny, choćby we własnem sumieniu.

Z sprawą karcenia i znieważania łączy się pytanie, czy lekarz ma prawo używać w pewnych przypadkach środków przymusowych względem chorego, lub wrzekomo chorego, czyli udającego chorobę? Nie będę się dłużej nad sprawą tą rozwodził, gdyż rozstrzasnął ją wszechstronnie Blumenstok, a z tego miejsca mogę tylko co najwyżej przypomnieć ostateczne jego wnioski, z którymi każdy lekarz, czy wolno praktykujący, czy sądowy, czy wojskowy zgodzić się musi. Z wniosków tych ostatni powinien być dewizą naszą, a opiewa on: „do użycia środków gwałtownych, dla badanego przykrych, sprawiających mu ból, nadwerężających choć przemijająco zdrowie jego, lub pozbawiających go przytomności, lekarz nigdy i nigdzie nie ma prawa, a postępowaniem takiem kompromituje nietylko siebie, ale i stan lekarski. Żadna ustawa, żaden przepis nie nakłada na lekarza obowiązku posługiwania się takimi środkami dla wykazania symulacyi; lekarz więc nie powinien być mniej ludzkim od ustawodawcy. Natomiast — u nas przynajmniej — lekarz, wywołujący środkami badawczymi nadwerężenie zdrowia u człowieka badanego, mógłby być pociągniętym do odpowiedzialności“.

Przekroczenia ustaw, stojących na straży moralnego zachowania się lekarzy, czyli omówione powyżej formalne błędy lekarskie, wymagają tylko w wyjątkowych przypadkach oceny i wyjaśnień ze strony znawców sądowych, jak to bowiem Krahmer zauważył „sami sędziowie przypisują sobie zdolność rozpoznawania błędu, popełnionego w tym kierunku“. A jeźli zdarzy się właśnie taki wyjątkowy przypadek, który wymaga wyjaśnień ze strony znawcy lekarskiego, to zadanie jego jest w wysokim stopniu przykrem i trudnem. Z jednej bowiem strony widzi przed sobą kolegę, który popadłszy w konflikt z obowiązującą ustawą, żąda od niego pomocnej ręki, aby ujść dotkliwym nieraz następstwom swego błędu, z drugiej zaś strony, pomny na świętość złożonej przysięgi, widzi się jako znawca zmuszonym do wydania sądu przedmiotowego, bez względu na doniosłość jego następstw dla obwinionego kolegi. Nadto wielka wyrozumiałość w wydaniu oceny może ściągnąć na znawcę co najmniej zarzut stronniczości, zarzut niepowołanej zamiany roli znawcy na rolę obrońcy. Najlepiej, zdaje mi się, postąpi znawca przy podobnej ocenie, jeźli, rozpatrzywszy się w materyale danego przypadku dokładnie i wszechstronnie, poda ją z surową a sprawiedliwą oględnością.

Najlepiej atoli byłoby, gdyby w myśl zasady „quod contra bonos mores, nec facere posse credendum“ w istocie nie dało się nawet pomyśleć o wykroczeniu lekarza przeciw etyce i ustawom, gdyby lekarz stał zawsze na stanowisku przyjaciela cierpiącej ludzkości, niezdolnego do czynu, któryby mógł narazić jego cześć choćby tylko na cień podejrzenia.

Literatura:

1) Wachholz. Uwagi nad oceną sądowo-lek. tak zw. „błędów w sztuce“. *Przegl. lek.*, 1896, Nr. 36—38. 2) Krahmer: *Handb. der ger. Med.* II. Aufl. Braunschweig, 1857. 3) D. J. D. Metzgera: Zasady medycyny sądowej. Z 5. wyd. przełożył M. Mianowski, Wilno, 1823. 4) Brouardel: Le secret médical. Paris, 1893. 5) Idem. Les procès en responsabilité médicale. *Ann. d'hyg. publ.*, 1897, T. 38, Nr. 5. 6) Sonnenberg: Dyskrecya lekarska. *Medycyna*, 1895. 7) Placzek: Das Berufsgeheimniss des Arztes. Leipzig, 1898. 8) Blumenstok: Czy lekarz ma prawo użycia środków przymusowych i t. d. *Medycyna*, 1874. Nr. 5 i 6. 9) Strassmann: Zur Lehre von den Gefahren des ärztlichen Berufes. *Aerztliche Sachverständigen-Zeitung*. 1898, Nr. 1. 10) Haeser: Geschichte der Medicin. Jena, 1875. 11) Schlegtendal: Das Berufsgeheimniss des Arztes *Zeitschr. f. Med.-Beamte* 1895, Nr. 17. 12) Haebler: *Vierteljschr f. ger. M.*, 1898, Z. 2. 13) Hofmann: Lehrb. d. ger. Med. VIII. Aufl. 1898 itd.

III. Kilka słów o badaniu i leczeniu zeza towarzyszącego

podał

Dr. Karol Brudzewski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Z chwilą usunięcia zboczenia zapomocą operacyi, wstępuje lekarz w szereg usiłowań terapeutycznych, przedsiębranych dla wyleczenia zezu, jak stereoskop i ćwiczenia obuoczne, mające na celu utrwalenie wyników, bądź to szkłami samemi, bądź to otrzymanych drogą operacyjną, przyczem okulary, poprawiające niemiarowość (ametropię), zostają w swych prawach i nie powinny być usuwane. Stereoskop, wynaleziony przez Wheastonea, złożony z ustawionych pod kątem zwierciadeł, udoskonalony przez Brewstera, Javala i używany do ćwiczeń stereoskopowych, wprowadzony został do terapii okulistycznej przez Du Bois Reymonda około r. 1850. Jednakże nie cieszył się wielkiem uznaniem. Javal jednakże wydobywszy go z zapomnienia i wprowadziwszy całą zawikłaną metodę w życie, zamierzał leczyć nim wszystkie zezy z pominięciem terapii chirurgicznej. Jednakże udało mu się bez operacyi osięgnąć efekt zupełny na 400 przez siebie opisanych obserwacyj zaledwie w kilku przypadkach; a i tu zachodzi pytanie, czy te przypadki nie należały do szeregu tych zezów, które już pod szkłami, po dłuższym lub krótszym czasie, byłyby ustąpiły. Jego leczenie wymaga ogromnego zasobu cierpliwości tak od lekarza, jak i od pacyenta; a czas trwania leczenia jest tak długi (Javal sam podaje, że tyle czasu trzeba na ćwiczenia, ile upłynęło od powstania zezu) że niema mowy, aby się w praktyce przyjęło. Stereoskop używany do ćwiczeń, po operacyi jedynie cel mających, jest stereoskop Brewstera; przyrząd ten wcale nie skomplikowany. Jestto pudełko znanego ogólnie kształtu stereoskopu, z dwoma otworami dla oczów, głębokie na mniej więcej 14 ctm., bez pryzmatów, które inne

mają przeznaczenie; w to pudełko można wstawiać w otworach dla oczów soczewki o sile odpowiadającej żądanym warunkom. Jeśli do takiego stereoskopu włożymy obrazki, przeznaczone do zjednoczenia (fuzyi), rozstawione tak, że ich odległość równa się odległości źrenic, a w otwory dla oczów wstawimy soczewki, mające właśnie ogniskową równą głębokości pudełka, t. j. 14 ctm. tj. 7 D, to jeśli obserwujący jest emetrop, wtedy tylko może on zjednoczyć obrazki, jeśli przy zupełnie zwolnionej akomodacyi linie widzenia są równoległe. Ametrop naturalnie, musi mieć szkła poprawiające bądź to jako okulary, bądź to wstawione w ramki otworów przeznaczonych dla oczów, dodane do szkieł pierwotnych. Ażeby ćwiczenia obuoczne mogły wogóle jakikolwiek skutek odnieść, niezbędną rzeczą jest dwuwidzenie. To też dlatego o niem wspominano i wskazano sposoby jego wywołania, gdyż ono ma wielkie znaczenie w rokowaniu przed operacyą, — wielkie znaczenie lecznicze po operacyi. To też gdyby po operacyi samoistnie nie wystąpiło, należy je wszelkimi możliwymi sposobami wywołać. Cała terapia polega na osiągnięciu kilku objawów: mianowicie wywołania obrazków zdwojonych, t. j. widzenia oboma oczami, dalej połączenia ich w jeden obraz, i wreszcie wywołania uczucia wymiaru trzeciego, wymiaru głębi, czyli widzenia obuocznego w ścisłem słowa znaczeniu, widzenia stereoskopowego. Sposób poniżej podany jest dość pierwotny: w miarę, jak więcej będzie w użyciu, okaże on zapewne liczne braki; zależnie od przypadków, które się przecież generalizować nie dadzą, dozna on prawdopodobnie licznych przeobrażeń praktycznych. Niemniej przeto ważną jest rzeczą znać nić przewodnią tych ćwiczeń, znajdujących się coraz to częściej na ustach autorów.

Dość często, a szczególnie w zezach dynamicznych, rozbieżnych można znaleźć, pomimo istniejącego dwuwidzenia pewną przestrzeń w polu patrzenia, w której badany łączy sam oba obrazki. Przestrzeń ta może być bardzo dobrze punktem wyjścia ćwiczeń; chodzi tylko o to, aby ją rozciągnąć na całe pole widzenia obuocznego. Dobre usługi oddają przytem drobne ruchy głowy, zbieżność bowiem rośnie przy patrzeniu w dół, maleje zaś przy patrzeniu w górę. Ruchami głowy można to bardzo dobrze zastąpić. To też dając w ręce pacyentowi świeczkę i szkło barwne, możemy mu polecić, aby i bez kontroli lekarza usiłował sam jednoczyć widzenie podwójne odpowiednimi ruchami głowy i zwolna to pojedyncze widzenie oboma oczyma rozciągać na całe pole patrzenia. Że późniejsze jednowidzenie jest rzeczywiście obuoczne, przekonać się można pryzmatem, kątem łamiącym w dół lub górę ustawionym, który, jeśli oboma oczami widziano pojedynczo, wywoła ściśle pionowe obrazki zdwojone: stwierdzenie zjednoczonego widzenia dwuocznego w ogóle. Główna jednak część zadania przypada ćwiczeniom stereoskopowym. Często się zdarza, że mimo istniejącego dwuwidzenia samoistnego, albo łatwego jego wywołania, ćwiczący się nie może zauważyć w stereoskopie 2-ch obrazków i widzi z początku zwykle tylko obrazek zdrowemu oku odpowiadający. Należy tedy zwrócić uwagę jego na obrazek drugi; najlepiej zakrywając i odkrywając szybko oko zdrowe. Są to pierwsze podstawy, które nieraz kilka posiedzeń zajmują, i za każdym razem na początku ćwiczeń muszą być powtarzane. To dwuwidzenie w stereoskopie należy tak długo wywoływać, aż chory sam bez naszej pomocy zauważy je po pewnym czasie, który dla każdego przypadku jest różny i z góry oznaczyć się żadną miarą nieda. Wybór obrazków, użytych do tych ćwiczeń, nie jest obojętny; w handlu znajdują się bowiem liczne, zupełnie nielogicznie wykonane obrazki, które nawet przy zupełnie prawidłowem widzeniu dwuocznem trudno połączyć się dadzą. Najlepsze dla tych ćwiczeń są obrazki podane przez Alfölda, Javala, lub Landolta, przedstawiające przeważnie figury matematyczne, uszeregowane od najprostszych do dość zawiłych. Z chwilą, gdy ćwiczący się widzi dobrze dwa obrazki w stereoskopie, należy, aby je usiłował połączyć w jeden. Tutaj żadnej pomocy dać mu nie można, gdyż to łączenie jest aktem psychicznym; najwyżej, gdyby odległość obrazków była zbyt wielka, można, przeciąwszy kartony, zbliżyć o tyle, aby ćwiczącemu się zjednoczenie obrazków ułatwić. Dobre są w tym celu szeregi Javala o różnej rozwartości obrazków. Jeśli to się udaje przy małej ich odległości, należy je zwolna rozsuwać, powtarzając to przy każdem ćwiczeniu, aż wreszcie zwolna dojdzie się do ustawienia odpowiadającego rozstawieniu źrenic; przy zbytniej rozbieżności postępowanie jest odwrotne. Najlepiej, jeśli to stopniowe rozsuwanie robi sam pacyent, powtarzając zawsze próbę, jak tylko występuje dwuwidzenie. W tym samym celu można użyć pryzmatu ruchomego Cretesa, zmniejszając stopniowo siłę kąta aż do zera.

Oprócz rysunków geometrycznych nadają się dobrze do tego samego celu fotografie architektoniczne, ale o ostrych zarysach. Gdy ćwiczący się łatwo już obrazki te łączy, należy zacząć na nowo od najprostszych i zwrócić mu uwagę, czy nie widzi różnicy w głębokości. Nieraz pacyent sam, bez zwracania szczególniejszej uwagi, spostrzega różnicę głębokości i widzi głębię lub wypukłość; lecz zasadniczo te ćwiczenia są najmozolniejsze. Wybór obrazków powinien być staranny; najlepiej używać szeregów kręgów, które zjednoczone dają wyobrażenie stożków wydrążonych, zwróconych bądź to wklęsłością, bądź to wypukłością ku patrzącemu. Należy objaśnić przytem ćwiczącego się, która część złączonego obrazka wydawać się mu powinna więcej, a która mniej oddaloną.

Gdy i ta część ćwiczeń do żądanego celu doprowadzi, jesteśmy u kresu ćwiczeń; chodzi tylko o utrwalenie wyniku terapii, co się osiąga, powtarzając ćwiczenia tygodniami przy użyciu coraz to więcej zawiłych obrazków, aż ćwiczący się bez trudu i zaraz jest w stanie bez omyłki widzieć plastycznie. Że się widzenie obuoczne rzeczywiście wytworzyło, można stwierdzić doświadczeniem Heringa z spadającemi kulkami. Ten tylko potrafi dawać odpowiedzi bez pomyłek, kto ma dobre widzenie obuoczne, jeśli doświadczenie wspomniane dobrze zostało wykonane i przedmiot wpatrywania (fiksowany), nitka lub cienki drucik, jest dobrze oświetlony, tak samo jak i kulki padające, by badany nie mógł się światłem lub cieniem oryentować, czy kulki padają przed, czy za nitką. Twierdzenie autorów, że doświadczenie Heringa udaje się i wtedy, gdy badany ma tylko jednooczne widzenie, nie jest prawdziwe. Badany może zgadywać, oryentując się światłem lub cieniem, szczególniej gdy doświadczenia nie zrobiono dokładnie; ale między odpowiedziami dobremi poda tyle błędnych, że z tego można się już przekonać, czy widzi dobrze obuocznie.

Zarzut, że widzenie obuoczne, wywołane z pomocą ste-

reoskopu, tylko podczas ćwiczeń się utrzymuje, pozatem zaś chory ma tylko widzenie jednooczne tak, jak było przed operacyą, może być o tyle słusznym, że odnosił się do przypadków leczonych tenotomią. Tam, jak wspomniano, poza ustawieniem równoległem osi ocznych, występują pewne braki przy ruchach pośrednich, szczególnie zbieżnych, które rzeczywiście wprost mechanicznie mogą być w niekorzystnych dla widzenia obuocznego warunkach, zatem przy niedowidzeniu udaremnić wszelkie wysiłki. Jednakże, po antepozycyi dobrze wykonanej, ruchy oczu są prawidłowe, przeszkód mechanicznych ani dynamicznych niema; zatem oczy mogą każde od nich wymagane ustawienie łatwo, bez nadmiernego wysiłku, zachować. Raz wywołane i następnie ćwiczone widzenie obuoczne pozostaje i staje się jedyną później przeszkodą przeciw powrotowi zezu, bez której operowany nie miałby żadnych cugli do powodowania i normowania ruchów gałek. Widzimy jednak, że podstawą do tego jest widzenie podwójne, bez którego nawet zacząć ćwiczeń nie można; bo i w jaki sposób, jeśli tylko jedno oko spostrzega obrazki do patrzenia podane? To też tak antepozycya mięśni jak i ćwiczenia tam tylko mogą mieć cel, i tam tylko powinny być stosowane, gdzie na podstawie istniejącej diplopii przypuścić wolno, że osiągniemy widzenie obuoczne; we wszystkich innych razach, gdzie tego niema, cel jest li tylko kosmetyczny i wybór rodzaju operacyi jest zupełnie dowolny.

Nieraz zdarza się, choć to już do rzadkości należy, że obok widzenia podwójnego jest fałszywa projekcya, n. p. obok jeszcze istniejącej zbieżności jest podwójne widzenie skrzyżowane, odpowiadające ustawieniu oka pooperacyjnemu. Landolt przypuszcza, że w tych razach wytworzył się pewien rodzaj drugiej plamki żółtej, funkcyonalnej, która owe nieprawidłowe widzenie podwójne wywołuje. Ale to widzenie podwójne zwykle samo po pewnym czasie ginie, aby zrobić miejsce podwójnemu widzeniu zwykłemu i ćwiczenia iść mogą swym zwykłym torem. Czy ten sposób operowania i te ćwiczenia się w ogólnej praktyce przyjmą, to przyszłość okaże; dotychczas mało są w użyciu, bo zbytnio obciążają lekarza pracą, a może i dlatego, że choćby się i lekarz na nie zdecydował, nie zawsze posiada cały, do tego potrzebny przyrząd. Potrzeba, aby optycy do pudeł ze szkłami, dla badania bystrości wzroku, dołączali i stereoskop, a do prób druku szeregi obrazków stereoskopowych, aby gdy są potrzebne, były zaraz pod ręką; wtedy nie jeden z lekarzy sprobuje i tego środka. W ten sposób prędko weszły w użycie szkła walcowate (cylindryczne), które Donders swego czasu kazał dołączać do szkatułek ze szkłami. W każdym razie nie należy całego tego zmodyfikowanego postępowania w zezie z góry potępiać, jak to wielu autorów zrobiło, może dlatego, że postępowanie to nieco niewygodne i długie idzie innymi torami niż obecne, utarte i wygodne drogi lecznicze.

Paryż, w kwietniu 1898.

Bibliografia

(Wobec kolosalnej literatury przytaczamy tylko najważniejsze prace wydane po pojawieniu się dzieła zbiorowego: Graefe i Sämisch, Handbuch der gesammten Augenheilkunde).

Abadie: 1) De l'operat. du strabisme: Soc. fr. d'Opht 1888. 2) Operat. du strabisme: Arch. d'Opht. 1888. †Ayres: Lunettes portées par un enf: The amer. Jour. of. Ophth. 1893. Bourgeois: Traitem. oper. du strab: Recueil d'Ophth. 1895. †Bull: Rapport on 612 cas. of. squint op: The trans. of. Amer. Ophth. Soc. 1896. Bielochowsky: Neuer App. zur Mess. des Schielwink: Heidelberg Gesell. 1897. †Bieloff: A propos du strabisme: Wiestn. Ophth. 1891. Czermak: Augenoperationen 1897. Chauvel: Etudes ophthalm: Recueil d'Ophth. 1895. Charpentier: Mesuration d'angle alfa. Ann. d'ocul. 1878. 2) Wecker et Landolt. Traité de Maladies des yeux 1880 I. Chevallerau: Astigm. et strab. converg: Soc. fr. d'Ophth. 1894. †Foulton: Congres. inter. a Washington. Graefe Alf: 1) Beiträge zur Kenntniss strab. Ablenk. i t. d. Graefe's Archiv. 1886. 2) Motilitätsstörungen 1880. 3) Ueber Fusionsbeweg. des Auges itd. Graef. Archiv. 1891. 4) Ueber die Wirkung. ect. Heidelb. Gesellsch. 1881. 5) Accomodation u. Convergenz. Graef. Arch. 1895. 6) Das Sehen der Schielenden 1897. Greff: 1) Phisiolog. Beobachtungen II. klin. Monatsbl. 1890. 2) Ueber des Sehen der Schielenden: klin. Monatsbl. 1896. Guillery: Über Ambl. der Schiel. Arch. f. Augenh. 1896. Grandelément: Simplif. de l'avanc. musc. Ann. d'Oc. 1893. Hirschberg: Beiträge zur Lehre v. Schielen itd. Centralblt. f. Aug. 1886. †Hansen Grut: 1) Beitr. zur Lehre der Patol. des Schielens itd. Nord. Ophth. Irdsskr. 1888. 2) Patogenese des conv. u. div. Schiel. Klin. Monatsbl. 1890. 3) Die Schieltheorien. Arch. f. Augh. 1894. †Iuler: Trait. oper. du Strab: Congr. de l'ass. med. Brit. 1881. †Johnson: Amblyop. ex anops: Tr. o. t. Amer. Opht. Soc. 1896. Krenchel: Theorie der Schieloperation. Graefe Archiv. 1873. Kugel: Extinction der Netzhautbilder. Graef. Arch. 1890. Kalt: Recherches anat. et phisiol. sur l'oper. du strab. Arch. d'Ophth. 1886. Kahn: Champs de fixat. monocul. Arch. d'Ophth. 1886. Kunn: Contribution à la théor. du strab. Rec. d'Ophth. 1897. Javal: 1) De la vision binoculaire. Annal. d'oc. 1881. 2) Trait. du strab: Academ. de Médec. 1886. 3) Strab. et stereoskop: Soc. fr. d'Ophth. 1890. 4) Manuel de strabisme 1896. †Lang et Barret: Du strab. converg. Royal. Sond. Ophth. Hosp. Jour. 1888. Lapersonne: Du strab. histerique 1891. Langleyze: Traitem. du strabisme itd. Arch. d'Ophth. 1892. Ledouble: Variations des muscles. Arch. d'Ophth. 1894. Landolt et Wecker: Traité compl. des mal. des yeux 1880. Landolt: 1) L'operation du strabisme Arch. d'Ophth. 1887. 2) Die Ursachen des Strabismus: Heidelb. Gesell. 1888. 3) La vision binocul. aprés l'op. du strab. Arch. d'Ophth. 1888. 4) Le result. idéal de l'op. du strab. Soc. fr. de méd. pr. 1889. 5) Etudes des mouv. des deux yeux. Arch. d'Opht. 1881. 6) De la strabotomie. Congr. d'Edimburg 1894. 7) Asthénop. muscul. Arch. d'Ophth. 1891. 8) Numérot. des verres prismat. Arch. d'Ophth. 1890. 9) Dosierung der Schieloperat. Arch. f. Augh. 1897. 10) Observations cliniq. Arch. d'Ophth. 1897. 11) L'Etiologie du strab. Arch. d'Ophth. 1897. Mayer: Rapport sur la vis. binocul. ect. i Dyskussya Soc. fr. d'Ophth. 1896. Maxwell: La précis. d'oper. du strab. Congr. Carlisle 1896. †Millingen: Operat. du strab. Centralb. f. Aug. 1893. Martin: De l'amblyop. congenit. Annal. d'Ocul. 1891. Motais: 1) Nouveau procéde dans la strabotom. Congr. d'Ophth. 1887. 2) Recherches sur l'anatom. hum. et comp. de l'appar. moteur d'oeil. 1886. I. 3) Observations anat. et phis. ect. Soc. d'Ophth. 1886. 4) Nouveau procéde oper. Academ. de méd. 1890. 5) Théorie du strabisme et du traitem. Soc. d'Ophth. 1893. †Nimier: Quelq. remarq. sur l'acuité vis. Soc. d'Opht. 1890. †Ontengo: Rapport sur l'angle kappa. Ann. d'Ophth. 1893. Prouff: Etiologie du strab. concom. Soc. d'Ophth. 1889. Peters: Über Convergenzlähmung Centralbl. f. Augenh. 1889. Panas: 1) Elongation des muscles ect. Arch. d'Opht. 1896. 2) Sur elongation des muscles oc. Acad. d. med. 1896. Parinaud: 1) Paralysie de convergence. Soc. d'Ophth. 1886. 2) Sur le strabisme. Acad. d. scienc. 1890. 3) Considerat. gen. sur le strab. Ann. d'oc. 1891. 4) Modificat. second. de l'apareil. moteur du strab. Ann. d'ocul. 1892. 5) Traitem. du strab. Soc. fr. d'Ophth. 1893. 6) Stereoscopie — Annal. d'ocul. 1894. 7) La vision binoculaire. Ann. d'ocul. 1896. 8) Histoire de strabisme. Annal. d'ocul. 1896. 9) Relations funct. des deux yeux. Ann. d'oc. 1896. Reymond Du Bois fils: Über Schielmessung Centralbl. 1886. Schneller: 1) Studien über d. Blickfeld Graef. Arch. 1875. 2) Ergänzung zu den Studien ü. das Blickfeld. Graef. Archiv. 1876. 3) Beiträge zur Lehre vom Schielen. Graef. Archiv 1882. 4) Beiträge zur Theorie v. Schielen. Graef. Arch. 1890. 5) Zur Lehre zum Zusammensehen mit beiden Augen. Graef. Arch. 1892. Schmidt. Relative Fusionsbreite ect. Graef. Arch. 1893. †Schmidt-Rimpler: 1) La vision av. et apr. l'oper. du strab. Congr. de Rome 1894.

---

*) Prace oznaczone krzyżykiem, znane mi są tylko ze sprawozdań.

2) Zur Behandlung des Schielens. Deutsch. Mediz. Wochenschr. 1888. Schweigger: 1) Klin. Mittheilung über d. Schielen. Arch. f. Augh. 1881. 2) Die Erfolge der Schieloperation. Archiv für Augenheilk. 1894. †Snellen: Etiol. et terap. du str. conv. Brit. Med. Assot. 1887. †Schmidt-Pristley: The squnst operat. Opht. Rev. 1888. Straub: Beitrag zum Stud. der Amblyop. cong. Arch. f. Augh. 1896. †Schiötz: Beitrag zur Lehre von den Muscelp. Nord. opht. Irdskr. 1888. Stellwag u. Rhalmeun. Abhandlungen aus dem Gebiet der Augenheilk. †Segual: Aprop. de l'ambl. par non usage. Arch. d'Opht. 1894. Tscherning: 1) Theorie du str. de Hansen Grut. Ann. d'ocul. 1893. 2) Optique phisiologique (Le vis. binocul.) 1898. †Teobald: Amblyop. des yeux strab: Trans of. amer. Soc. 1887. Testut: Anatomie humaine (III.) 1897. †Thomas: Trois cas de str. avec dipl. anomal. The opht. Rev. 1895. Uthoff: Neue Bestimmung des Winkels itd. Klin. Monatsbl. 1886. Valude: Nouv. proc. d'avanc. musc. Ann. d'ocul. 1896. Vigues: Strab. traité par l'avanc. Soc. fr. d'Opht. 1896. Wecker: 1) Proportion de cas guerisables. Ann. d'oc. 1898. 2) Operations modernes du strab. Arch. d'Opht. 1896. 3) Strabometrie: Annal. d'ocul. 1896. 4) De la valeur térap. du div. procedé itd. Congr. d'Ophth. 1887. Vialet: La cure de strabisme ect. Archiv d'Opht. 1890. Wiers: La position de repos. Arch. d'Ophth. 1892. Wahlfors: Vom Schielen und seinen Ursachen. Arch. f. Aug. 1893. Weiss: 1) Das Schielen u. s. Spontanheil. Heidelb. Ges. 1893. 2) Ueber das Verhalten des Gesichtsfeld. des Sch. Heidelb. Gesell. 1897.

IV. Oceny i sprawozdania.

W. D. Moraczewski: **Składniki mineralne narządów ludzkich.** (Mineralbestandtheile der menschlichen Organe). *(Zeitsch. f. physiol. Chemie*, Tom 23, Z. 4—5, str. 483).

Praca powyższa jest zestawieniem i omówieniem analiz, które autor wykonał na świeżych narządach ciała ludzkiego. W dawniejszych pracach swoich udowodnił on, że w chorobach mineralne składniki ulegają zmianom. W niektórych przypadkach krew staje się bogatsza w sole wapniowe i chlorki; w innych razach, mimo wielkich ilości soli, zatrzymanych w ustroju, skład krwi nie ulega zmianom. Zatem sole nasycają inne narządy, nie tylko krew. Chodziło o wykazanie, czy pewne narządy pod tym względem zachowują się wybitnie, jak również o wykazanie, czy jakie choroby nie odznaczają się własnością szczególnego przesalania narządów.

Na oba pytania powiodło się autorowi odpowiedzieć, przyczem należało uwzględnić, obok zmian, występujących po śmierci, histologiczny skład tkanek. Wyniki były wobec tego nie zbyt wyraźne. O ile sądzić można z analiz zestawionych, niedokrewność najwięcej usposabia do zatrzymywania chloru, gdyż narządy zmarłych na tę chorobę były najbogatsze w chlorki. Zauważono różnicę w składzie narządów u chorych, którzy zmarli na raka przez zagłodzenie, i tych, u których powodem śmierci była bezkrwistość, wywołana przez raka. Porównywano niedokrewność po chorobie, z niedokrewnością, wywołaną przez krwotok. Wreszcie analizowano narządy zmarłych na zapalenie płuc, choroby powodującej wybitnie zatrzymanie chlorków. We wszystkich przypadkach analizowano narządy, pochodzące z trupa płci męskiej i trupa płci żeńskiej, aby wykluczyć wpływ płci. Badano ilościowo azot, chlor, fosfor, wapno, części stałe i składniki wyciągowe. Szczegółowe zestawienie wyników zajęłoby zawiele miejsca, dlatego odsyłamy do oryginału tych, którzy bliżej z pracą zapoznać się życzą. *M.*

W. D. Moraczewski: **Przemiana materyi w cukrzycy.** (Stoffwechselversuch bei Diabetes melitus. *Centralbl. für innere Medicin*, 1897, Nr. 36, p. 1. Stoffwechselversuch bei Diabetes mellitus. *Zeitschr. für klinisch Medicin*, 1898, Tom 34, Z. 1—2, str. 1).

W pierwszej z powyżej wymienionych prac autor badał przemianę materyi w dwóch przypadkach cukrzycy. W drugiej, stósował leczenie cukrzycy solami.

I. Zbadawszy ilościowo pożywienie chorego na zawartość azotu, chloru, fosforu i wapna, autor podawał mięszaną dyetę w ciągu ośmiu dni dwom chorym, którzy cierpieli na cukrzycę bez powikłań. W obu przypadkach brano w rachubę skład kału i ilość wydzielonego cukru. W moczu oznaczano ilościowo mocznik, zasady ksantynowe (metodą autora), amoniak, azot, chlor, siarkę, fosfor i wapno. Badano w okresie pożywienia mięszanego i w okresie ściśle mięsnej dyety.

Okazało się z wyników, że chorzy wydzielają nadmiernie wapno, fosfor i chlor, pomimo zatrzymania azotu w ustroju. Obok tego wydzielali chorzy obficie amoniak. Zasady ksantynowe wydzielane były obficiej w okresie dyety mięszanej.

II. Autor badał, w ciągu dni 40, przemianę materyi u chorego, któremu podawał 1) 10 gr. soli kuchennej, 2) 10 gr. fosforanu wapniowego, 3) 4 gr. soli i 8 gr. fosforanu wapniowego.

Badanie podzielone zostało na dwa duże okresy, okres żywienia się pokarmami mięszanymi i okres dyety mięsnej. Każdy z okresów rozpadał się na trzy mniejsze.

Okazało się 1), że bez względu na dyetę wapno powiększa wydzielanie azotu, a zmniejsza wydzielanie cukru (0·20 do 70 grm. dziennie); 2) chlorek sodowy zmniejsza wydzielanie azotu, wapna i fosforu, zwiększa natomiast wydzielanie cukru, 3) tłuszcz (masło) zmniejsza wydzielanie azotu i chloru, zwiększa wydzielanie fosforu i wapna, zmniejsza bardzo nieznacznie wydzielanie cukru.

Autor dochodzi do wniosku, że pozbawienie ustroju soli wapiennych odbić się musi na stanie ogólnego odżywiania i przypuszcza, że zwykła przyczyna śmierci może z tego powodu pochodzić. Wobec tego, że dodawanie wapna do potraw nietylko nie szkodzi choremu, ale owszem, wpływa dodatnio na wydzielanie cukru, radzi autor stósować wapno w każdym przypadku cukrzycy. Bezskuteczność leczenia solami sodowemi nie przeczy wnioskom autora, ponieważ sole sodowe łatwiej wydzielane zostają i trwałego wpływu wywrzeć nie są w stanie. Obok zastępowania wydzielonego wapna, sole wapienne mają zobojętniać wysoką kwasotę ustroju w cukrzycy, która to kwasota wyraża się w stale spotykanem zwiększeniu soli amonowych. *M.*

V. Wyciągi.

Dr. G. Kobler (Sarajewo): **Objawy ze strony nerek w zaparciu żywota i kolce kiszkowej.** *(Wien. klin. Wochenschrift*, Nr. 20, 1898). Autor spostrzegał wielokrotnie w osadzie moczowym w zaparciu żywota i w kolce kiszkowej, wałeczki szkliste, przybłonkowe, komórki przybłonków nerkowych, ciałka wypocinowe, ciałka czerwone krwi, przyczem znajdowało się nieco białka, lub też nie można było nawet go wykazać. Po kilku dniach stan ten mijał bez żadnych śladów. K. tłómaczy te objawy wpływem bólu, który jest czynnikiem głównym, sprowadzającym odruchowo skurcz naczyń nerkowych i w następstwie przemijające uszkodzenie przybłonków nerkowych. Opiera się to również na ścisłym związku pomiędzy poszczególnymi narządami brzusznymi.

Dr. St. Ełjasz-Radzikowski.

Slawyk: **O wczesnym, dotychczas nieznanym, objawie odry.** *(Deut. med. Wochschft.*, Nr. 17, 1898). Lekarz amerykański Kopplik, ogłosił przed kilku laty swe spostrzeżenia, że w okresie zwiastunów odry, w którym to czasie odry stanowczo rozpoznać nie można, pojawiają się na błonie jamy ust śluzowej, a zwłaszcza po wewnętrznej stronie policzków, cechujące plamki.

Slawyk potwierdza spostrzeżenia Kopplika, znalazł bowiem podczas epidemii odry w r. 1897 plamki K. w 86.5% przypadków odry, przyniesionych do szpitala w okresie jej rozwoju, nadto 31 razy na 32 przypadki chorych, zapadłych w szpitalu na odrę.

Plamki te są koloru niebieskawo bladego, połyskujące, lekko wyniosłe, okrągławe, średnicy 0·2—0·6 mm. Spotyka się je na błonie śluzowej po wewnętrznej stronie policzków, na błonie śluzowej warg, na dziąsłach, a czasem na języku, zwykle w środku zaczerwienionej błony śluzowej w okolicy dolnych zębów trzonowych. Liczba tych plamek dochodzi 6 do 20 po każdej stronie, a czasem i więcej. Plamki te nie zlewają się nigdy, zjawiają się zwykle w 1 szym lub 2-gim dniu zwiastunów, t. j. kilka dni przed pojawieniem się wysypki; ilość ich wzrasta aż do wystąpienia wysypki odrowej, a ustępują zwykle z chwilą jej zblednięcia. Z liczby tych plamek Kopplika nie można wnosić o przebiegu i natężeniu zakażenia odrowego.

Plamek tych nie spostrzegano przy żadnej innej chorobie, przeto S. uważa je za pewny objaw zwiastunowy odry, ułatwiający rozpoznanie tej osutki w wczesnym okresie.

Gr.

Dr. Bernstein: **Leczenie ooforyną połogowego rozmiękczenia kości.** *(Münchener medicinische Wochenschrift,* Nr. 14, 1898). Ooforynę, w postaci kołaczyków, zawierających miąższ jajnika, stosował już w zeszłym roku Senator w połogowem rozmiękczeniu kości. Na myśl podawania tego środka naprowadziła go analogia, jaką upatrywał między chorobą Basedowa a połogowem rozmiękczeniem kości. W obydwóch bowiem powyższych cierpieniach częściowe lub całkowite usunięcie pewnych gruczołów, a mianowicie w chorobie Basedowa gruczołu tarczykowego, zaś w połogowem rozmiękczeniu kości, jajników, wywiera, jak doświadczenie pokazało, wpływ leczniczy. Ponieważ zaś w chorobie Basedowa istota gruczołu tarczykowego, podawana w postaci kołaczyków tyreoidynowych, działać ma, według różnych spostrzeżeń, dodatnio na sprawę chorobową, zatem, przez analogię, ooforyna powinnaby również leczyć połogowe rozmiękczenie kości. Tak rozumując, podawał Senator ooforynę osobom dotkniętym rozmiękczeniem kości, nie doszedł jednak do wyników, któreby stanowczo przemawiały za swoistem działaniem w tych przypadkach istoty jajnikowej; polepszenie zaś, jakie u tych chorych zauważył, przypisuje głównie polepszeniu warunków zdrowotnych i jednostajnemu sposobowi życia, jakie osoby te prowadziły w zakładzie.

Autor stosował ooforynę w jednym przypadku połogowego rozmiękczenia kości. Chorą leczono ambulatoryjnie, a więc pozostawała w czasie leczenia dalej w tych samych warunkach, co przedtem. Z początku dziennie podawano 3, później zaś 4 kołaczyki ooforyny. Tym sposobem leczona była chora przez 6 tygodni, ogółem wyżyła 120 kołaczyków, jednak polepszenia nie zauważono. Zaznaczyć tutaj wypada, co zresztą sam autor przyznaje, że jego przypadek należał do lżejszych. Przypady chorobowe bowiem ograniczały się głównie do boleśności kręgosłupa, kości miednicy i kończyn dolnych przy ucisku i ruchach; dalej drżenia kończyn, których siła mięśniowa była osłabioną, tudzież zniekształcenia kości podudzi, które były wygięte w dolnej trzeciej części. Zniekształcenia kręgosłupa, mostka, ani też znacznej miękkości kości nie było. Gdy lekowanie ooforyną zawiodło, uciekł się autor do podawania fosforu z tranem (w małych dawkach) i, po miesiącu takiego leczenia, uzyskał znakomite polepszenie podmiotowe i przedmiotowe. *Piotrowski.*

C. Mayer (Zurych): **O sztucznem mleku.** *(Berl. klin. Wochschft,* Nr. 19, 1898). Przez odpowiednie zmięszanie (w sposób pozostający dotąd tajemnicą wynalazcy) ciał białkowatych, cukru mlecznego, tłuszczu (masła), soli i wody możemy otrzymać mięszaninę składu dowolnego, podobną do mleka. Wynalazca sporządza dwie mięszaniny: jednę odpowiadającą składem mleku kobiecemu, czyli mleko sztuczne do żywienia oseskόw, drugą z większą ilością białka i tłuszczu, ale bez cukru, dla chorych na cukrzycę.

Mleko dla oseskόw posiada nietylko skład odsetkowy mleka kobiecego, ale zachowano nadto ważny dla trawienia stosunek albumoz do sernika tak, jak on jest w mleku kobiecem, a nie da się uzyskać w mleku krowiem. Stwierdzono też doświadczalnie, że sernik tego sztucznego mleka wypada przy krzepnięciu tak, jak sernik mleka kobiecego, t. j. w drobnych kłaczkach. W ten sposób mleko to posiada skład i własności mleka kobiecego, da się łatwo wyjałowić, posiada tę wyższość nad mlekiem krowiem, że ma stały a dowolny skład chemiczny. Doświadczenia nad strawnością tego mleka, przeprowadzone na starszych przez oznaczenie wprowadzonego i wyprowadzonego azotu, wykazały, że co do wyzyskiwania azotu mleko sztuczne nie ustępuje naturalnemu.

Po tych wstępnych doświadczeniach poczęto to mleko podawać oseskom i przekonano się, że i pod tym względem stoi ono wyżej od mleka krowiego, (w pracy niniejszej niema przytoczonych żadnych dat szczegółowych ani historyi chorób, *przypisek ref.).* Chorym na cukrzycę podawano mleko sztuczne bez cukru, słodzone sacharyną.

Zdaniem M. wyższość mleka sztucznego polega na możności dowolnego zmieniania jego składu odsetkowego; w ten sposób można będzie regulować jego skład zależnie od wskazań. *R.*

Brandis: **O kile ciężkiej** (S. gravis) **u lekarzy.** *(Deuts. med. Woch,* Nr. 21, 1898). Autor zgromadził 10 przypadków kiły u lekarzy, leczonych w Akwisgranie, u których, mimo pewnych osobniczych różnic, istniała wybitna cecha wspólności. Wszyscy ci lekarze zakazili się na palcach rąk przy badaniach położniczych, badaniach przez kiszkę stolcową, przy zabiegach na dymienicach zakaźnych, wreszcie przy operacyi martwiny kostnej. Przebieg choroby był we wszystkich przypadkach gwałtowny. Już wrzód na palcu trwał zwykle czas dłuższy z dołączeniem ropienia gruczołów pachowych, poczem występowały wrzody w gardle lub brudziec (rupia) na skórze, doprowadzający do znacznych ubytków w skórze, albo czasami szybko następowało zapalenie kości długich, lub kości nosowych, ciągnące się przez miesiące, nawet lata, a wszystkie te sprawy sprowadzały zwykle stan bardzo ciężki, bo towarzyszyły im w przebiegu wysokie gorączki i ogólne wyniszczenie. Z 10 powyższych przypadków w krótkim czasie zmarło sześciu; jeden po roku na dur, dwóch na gruźlicę (po 4—5 latach), czwarty na zapalenie płuc (12 lat), piąty w 50 r. życia, w 5 lat po wyzdrowieniu, skutkiem zwapnienia tętnic, szósty wreszcie zakończył po 3 latach samobójstwem. Zastanawiając się nad tymi przypadkami, przychodzi autor do wniosku, że nie były to zmiany trzeciorzędne, bo występowały zaraz po wrzodzie pierwotnym, dalej, że złośliwość zmian była następstwem tego, że we wszystkich przypadkach rozpoznanie było fałszywe, więc i leczenie z początku nieswoiste; następnie zaś stósowane, było już znacznie opóźnione. W tem miejscu zaznacza B., że w takich przypadkach leczenie swoiste jest stanowczo wskazanem, chociaż istnieje zapad sił i gorączka, a niezastósowanie jego uważa za przyczynę długotrwałości i ciężkości cierpienia, zwłaszcza, że późniejsze leczenie swoiste do wyleczenia doprowadziło. Co do zakażenia mięszanego, które w tych przypadkach przypuszczaćby można, to B. zdaje się wogóle nie wierzyć, jakoby ono przyczyną kiły ciężkiej być mogło. *F. K.*

Dr. Bakofen: **Styptycyna przy krwawieniu macicznem.** *(Münchener medicinische Wochenschrift,* Nr. 14, 1898). Autor podawał styptycynę (catartinum hydrochloricum) w postaci pigułek lub kołaczyków, zawierających 0·05 przetworu leczniczego i to 4—5 dawek dziennie. Przez cały czas leczenia nie podawał ogółem więcej niż 20 pigułek, względnie kołaczyków, ponieważ zauważył, że skutek występuje już po użyciu 8—15 dawek. Od lekowania styptycyną wykluczył wszystkie przypadki, wymagające zabiegu operacyjnego, jakoteż te, w których krwawienie było następstwem złego zwijania się macicy po porodzie, lub poronieniu, gdzie zatem należało usunąć resztki jaja płodowego, jeżeli te pozostały w jamie macicy, lub też, dla lepszego zwijania się podać sporysz. Styptycyną leczono przypadki krwawienia miesiączkowego u dziewic, dalej krwawienia miesiączkowego, wy-

wołanego schorzeniem miedniczej tkanki łącznej, części dodatkowych macicy lub zmian zapalnych. Najlepsze działanie styptycyny spostrzegał autor w przypadkach, w których krwawienie było następstwem zmian zapalnych. Gorsze wyniki zauważył w krwawieniu z macicy, będącem następstwem wysięków około kikutów po zabiegach operacyjnych (Stumpfexsudat), tudzież przy krwawieniu skutkiem spraw zapalnych błony śluzowej macicy. Z dobrym wynikiem natomiast podawał autor u dwóch krwawiących chorych w zakażeniu rzeżączkowem błony śluzowej macicy. Wreszcie, w czasie przejściowym (climax), w jednym przypadku krwawienia styptycyna działała bardzo dobrze, w drugim jednak, mimo stosowania leku, krwawienie utrzymywało się dalej, jakkolwiek mniejsze niż poprzód. Przy włókniakach macicy osiągnął autor, przez podanie styptycyny, tylko zmniejszenie krwawienia. Ogółem stosował B. styptycynę w 45 przypadkach, z tych w 10 działanie zawiodło, zaś w czterech skutek był wątpliwy. Jako szkodliwe działanie uboczne wymienia autor nudności i biegunkę, tudzież ból głowy, który wystąpił u dwóch chorych. Na podstawie tych spostrzeżeń nie uważa B. wyników, otrzymanych przy leczeniu styptycyną, za zbyt pomyślne. Wyniki te są gorsze od osiągniętych przez innych autorów; autor jednak jest tego zdania, że dotychczasowe wyniki nie powinny wcale zniechęcać od dalszego wypróbowania tego środka. *Piotrowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

Badając różne przetwory, sporządzane z „gruczołu tarczykowego“, przekonał się Lanz (Berlin. kl. Wochschrft, Nr. 17, 1898), że równie dobrze, jak gruczoł barani, da się użyć do celów leczniczych gruczoł z cielęcia lub świni. Wystarczy świeży, rozgnieciony gruczoł wysuszyć w ciepłocie 70—80°. Ważnem jest, że nie jod i nie jodotyryna są skutecznymi składnikami tych przetworów, gdyż psy, którym wycięto gruczoł tarczykowy i podawano jodotyrynę, ginęły. Najwięcej skutecznym jest, zdaniem autora, przetwór, uzyskany przez strącenie kw. garbnikowym ciał białkowatych, zawierających jod (przyrządzany przez fabrykę Hoffmann La Roche), nazwany Aiodyną; 10,0 tego przetworu odpowiada 100,0 świeżego gruczołu tarczykowego. Zawartość jodu wynosi 0·4%. W doświadczeniach na zwierzętach okazała się Aiodyna skuteczniejszą od tyrojodyny. Dobre wyniki lecznicze osiągnięto w przypadku wola, który, pod wpływem kilkodniowego podawania, aiodyny, znacznie się zmniejszył. Dawka (w pigułkach) wynosi 0·1—0·3, aż do 0·5 „pro dosi“. R.

Według przepisu, zaczerpniętego z „Boston. med. and. surg. Journ.“, można smak chininy znacznie poprawić, zapisując ją podług następującego wzoru:

Rp. Chinini sulf. 4,0
Acidi citrici 10,0
Syrup. simpl.
Syrup. cort. aur. aa 1,0
Aquae dest. ad 20,0

DS. 10 kropli tej mieszaniny wlewa się do kieliszka wody, w której rozpuszczono 0·3 „Natrii bicarbon.“ i wypija się w czasie burzenia. R.

Oraison (Bordeaux) podawał chorym na przerost gruczołu krokowego wyciąg glicerynowy, wodny lub wysuszony, gruczołu krokowego z koni lub byków i to w dawce dziennej 0,2—0,8 proszku, a 10—30 sześcien. cnt. wyciągu. Przetwór ten nie miał żadnego wpływu na skład moczu; jednak u 5 chorych, z siedmiu leczonych przypadków w okresie zatrzymania moczu, wywołał bardzo wybitne polepszenie, w dwóch zaś — tylko małe. F. K.

„Gonorol“, wprowadzony do leczenia rzeżączki, zawiera wszystkie połączenia wyskokowe, zawarte, w drzewie santałowem, którym należy przypisywać działanie w olejku santałowca; jest on bezbarwnym olejem, o słabym tylko zapachu, łatwo rozpuszczalnym w 3 cz. 70% wyskoku. (Pharm. Zeit. 1898, 29). F. K.

„Tanoform“, przetwór powstały przez strącenie mieszaniny rozczynów taniny i formaliny kwasem solnym, jest proszkiem barwy czerwonawo-białej, bez smaku i zapachu, w wyskoku i alkaliach łatwo rozpuszczalnym; Hesse (Darmstadt) gorąco go zaleca bardzo do użycia zewnętrznego przy odleżynach, zgorzeli w przebiegu moczówki cukrowej, wypryskach sączących, zachwalając jego własność wysuszającą. Podobnie działa w różnego rodzaju wrzodach na prąciu, podudziu w szczelinowatych owrzodzeniach otworu stolcowego, wreszcie na rany po zabiegach chirurgicznych. Jako środek swoisty używa go Hesse w postaci posypki w poceniu się rąk i nóg (1 cz. tan. 2 cz. łojku). W wypryskach i owrzodzeniach najlepiej działa 10% maść. (Wr. med. Bl. 1898, 20). F. K.

Unna leczy obecnie wrzody miękkie, położone na przystępnych miejscach, w ten sposób, że obmywa wrzód i jego otoczenie mydłem i rozczynem sublimatu, zamraża chlorkiem etylu i ścina następnie cały wrzód ostrą brzytwą; krwotok tamuje laseczką lapisu, poczem posypuje jodoformem i zakłada opatrunek z mułu cynkowego; 2—4-krotna zmiana takiego opatrunku wystarcza do wyleczenia. (Mon. f. pr. Derm.). F. K.

Na mocy badań porównawczych kwi wypowiadają Colombini i Simonelli zdanie, że jodek sodowy nie zastępuje w leczeniu kiły jodku potasowego, są bowiem przekonania, że w tym razie wynik leczniczy nie następuje tylko wskutek działania samego jodu, lecz i zasady z jodem podawanej. (Giorn. ital. d. mal. ven.). F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 4 maja, 1898 r.

Przewodniczący: Kol. Prof. Dr. Jakubowski. Członków obecnych 33.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. prezes podaje do wiadomości członków pismo Towarzystwa technicznego, zapraszające do wzięcia udziału w wycieczce do Bielan, celem obejrzenia prac wodociągowych.

II. Kol. prof. Dr. Wachholz wygłosił odczyt: O formalnych przewinieniach lekarskich.

(Odczyt ten ogłoszony będzie w »Przeglądzie Lekarskim«).

III. Kol. Dr. Starzewski (z Tarnowa) wygłosił odczyt: »O zapobieganiu gorączce połogowej«.

(Rzecz przeznaczona do druku w »Przeglądzie Lekarskim«).

Odczyt kol. Starzewskiego wywołał żywe rozprawy:

Kol. Bier nie zgadza się z twierdzeniem prelegenta, jakoby sprawa udzielania odporności przeciw paciorkowcowi zapomocą surowicy zwierząt, szczepionych zarazkiem tym, była tak pewną i specyficzną, jak ją kol. prelegent przedstawił. Jakkolwiek doświadczenia Marmorka, Garcii i Pane, oraz wielu innych, udowodniły, że zwierzęta nabywają odporności czynnej przy stósowaniu zarazka, to doświadczenia Marmorka w kierunku odporności biernej, zapomocą surowicy zwierząt czynnie uodpornionych, są niedostateczne, a wyniki dodatnie wykazane przez niego polegają najprawdopodobniej na nieściśle skreślonej minimalnej dawce śmiertelnej. Aronsohn, Bornemann i Schenk, którzy stósowali dawki większe, zdołali tylko w małej liczbie przypadków uchronić zwierzęta doświadczalne od śmierci i to przy stósowaniu znacznych dawek surowicy 0·10—0·50 ctm.³; Petruschky zaś chronił zwierzęta od śmierci zapomocą surowicy obojętnej. Korzystne wyniki doświadczeń można sobie zatem tłómaczyć korzystnym odczynem ustroju, wywołanym stósowaniem surowicy tak, jak przeciw różnym innym śmiertelnym zarazkom zdołano chwilowo u zwierząt wywołać, stósując im bądź równocześnie, bądź nieco wcześniej przed zadaniem zarazka wyciągi z różnych narządów ustroju zwierzęcego i nukleoalbuminów. Surowica przeciwpaciorkowcowa posiada jednak pewien wpływ na obniżenie się ciepłoty przy róży (doświadczenia kol. Gorskiego w szpitalu św. Łazarza) i przy posocznicy, jak tego dowodzi przypadek z kliniki prof. Obalińskiego.

Kol. Gertler zaznacza, że przy zakażeniu połogowem nietylko mamy do czynienia z paciorkowcem, lecz, że zakażenie takie może być wywołane obecnością prątka okrężnicowego, o którym wiadomo, że w różnych warunkach i środowiskach może przybierać na własności zakażającej i, że wstrzykując surowicę przeciwpaciorkowcową, już z góry musimy przyjąć, że nie zawsze może ona zapobiedz gorączce połogowej. Już sama surowica, wstrzyknięta podskórnie, może wywołać podniesienie ciepłoty ciała. Jeśli jeszcze uwzględnimy możliwe zakażenie ze strony pochwy innymi zarazkami, to aczkolwiek w statystyce, podanej przez prelegenta, ilość dni gorączkowych jest mniejszą przy zapobiegawczem wstrzykiwaniu, niż bez zastrzyknięcia, sądzi kol. G., że

ilość dni gorączkowych będzie jeszcze mniejszą, jeśli użyje się dawki podwójnej surowicy, a zatem w ilości 10 - 20 ctm.³. Zdanie to opiera na tem, że dawka śmiertelna hodowli paciorkowca, podana przez prelegenta, wynosi wprawdzie $^1/_{10}$ milionową ctm.³, ale dla królika wagi 1200—1500 grm., i że przy obliczaniu dawki surowicy dla ludzi dorosłych powinnaby wypaść, idąc za myślą przewodnią prelegenta, nie 5 i 10 ctm., lecz 10 i 20 ctm.

Kol. Kośmiński sądzi, że zapobiegawcze leczenie, proponowane przez prelegenta, nie prowadzi zupełnie do celu, albowiem przedewszystkiem ścisła aseptyka i antyseptyka zupełnie wystarcza; z drugiej zaś strony stosowanie surowicy możliwem jest tylko przez lekarza, a przecież trudno wymagać, żeby przy każdym porodzie lekarz był obecny.

Kol. Prof. Mars zwraca uwagę na różnice liczbowe, co do ilości operowanych w trzech kategoryach. Wszystkie warunki w szeregu położnic, którym surowicę wstrzykiwano, były gorsze, a mimo to wyniki korzystniejsze. Materyał, zestawiony przez prelegenta, jest wprawdzie jeszcze za szczupły, by można ostateczne wnioski wysnuwać, należy jednak dalsze spostrzeżenia w tym kierunku prowadzić.

Kol. Nowak sądzi, że antyseptyka i aseptyka są bardzo dobre, jak długo nie będzie czegoś lepszego. Gdyby zdołano wytworzyć surowicę, zapobiegającą każdemu zakażeniu przyrannemu, to możnaby anty- i aseptykę odrzucić, jak zużyty sprzęt; ale do takiego uniwersalnego środka zdaje się jeszcze bardzo daleko i wątpię, aby kiedykolwiek środek taki udało się znaleźć. Nasuwają się tu rozmaite trudności. Przedewszystkiem nie możemy naprzód wiedzieć, jaki drobnoustrój może w danym przypadku wywołać zakażenie, czy nim będzie n. p. gronkowiec, czy paciorkowiec ropotwórczy, czy którykolwiek z innych mikrobów, które w danych warunkach takie zakażenie wywołać mogą; nie możnaby więc nigdy być pewnym, czy się odpowiedniej użyło surowicy. Prawda, że paciorkowiec z pewnością jest najczęściej przyczyną zakażenia połogowego, ale bardzo jest prawdopodobnem, że paciorkowiec tworzy tylko jedną dużą rodzinę, kształtem do siebie podobnych mikrobów, i że tam mamy do czynienia z kilkoma gatunkami o różnej jadowitości i surowica czynna przeciw jednemu gatunkowi, może być zupełnie niezdatną przeciw innemu. A przytem, co do surowicy przeciwpaciorkowcowej, to jak dziś sprawa stoi, można powiedzieć, że surowica ta jeszcze niema należytej siły i jest dopiero muzyką przyszłości.

Niewątpliwie, że wskazanem jest podejmowanie doświadczeń, osobliwie w klinikach, z wszystkimi nowymi środkami, a szczególnie należy do nich surowica przeciwpaciorkowcowa; lecz wyniki, jakie się tam otrzyma, trzeba nader ostrożnie podawać do wiadomości szerszego grona lekarzy, bo statystyka, to rzecz bardzo elastyczna i często niechcący przeciągnie się ją w tę lub ową stronę — i na podstawie statystyki nie zawsze pewne można wysnuwać wnioski, a przedwczesnem rozstrzygnięciem jakiejś sprawy możnaby więcej przynieść szkody niż pożytku.

Taka surowica z niewypróbowaną siłą i wątpliwymi skutkami, oddana do rąk ogółu lekarzy, jako środek na pewne zapobiegający zakażeniu połogowemu, mogłaby się stać w ich ręku bronią niebezpieczną, boby ich uwolniła od przestrzegania zasad anty- i aseptyki, coby mogło za sobą pociągnąć nieobliczone skutki. Sądzę więc, że zdanie, co do wartości surowicy przeciwpaciorkowcowej, winien, szczególniej położnik, wypowiedzieć niesłychanie ostrożnie, tem bardziej, że cała ta sprawa surowicy przeciwpaciorkowcowej znajduje się dopiero w okresie prób i to, jak dotychczas, mało pocieszających. (Streszczenie własne).

Kol. Gertler na zapatrywania kol. Nowaka się nie zgadza, a to na podstawie doświadczeń, czynionych w Zakładzie prof. Bujwida przy przyrządzaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej, gdzie zauważył, że ten sam paciorkowiec może przyjąć różną postać, zależnie od podłoża, a nawet na tem samem podłożu.

Do wytwarzania surowicy przeciwpaciorkowcowej użył kol. G. z początku samego paciorkowca z jednej, zupełnie oddzielonej kolonii, o łańcuszkach dość długich. Przez przeszczepianie z królika na królika stawał on się coraz krótszym, a przy przeszczepianiu około 300-em, otrzymał we krwi diplokoki, nieco od strony zewnętrznej zaostrzone, a niektóre z nich były z otoczkami, bardzo wyraźnemi. Sądząc, że może było zanieczyszczenie diplokokiem posocznicy dla królików, musiał się cofnąć o kilka pokoleń wstecz, aby zaszczepić królikowi czystą hodowlę paciorkowca. Po kilkunastodniowem przeszczepianiu krwi z królika na królika obraz poprzedni się powtórzył. Wówczas postanowili wspólnie z prof. Bujwidem tę sprawę rozjaśnić. Wziął tedy krew, okazującą pod mikroskopem owe diplokoki i przeszczepił na różne pożywki i tu pokazała się morfologia naszego paciorkowca. I tak, gdy przeszczepił krew na bulion cukrowy, wyrosły diplokoki jak we krwi królika; na bulionie alkal. 2% z surowicą ludzką (2:1) wyrosły b. piękne łańcuszki; na bulionie kwaśnym 2% z surowicą ludzką jeszcze obficiej; na agarze wyrosły kolonie b. wyraźne, które, przy badaniu mikroskopowem okazywały łańcuszki b. długie, obok siebie leżące, a po 2—3 dniowem badaniu, obraz kształtów degeneracyjnych.

Aby się przekonać, czy przypadkowo nie mamy do czynienia z różnymi drobnoustrojami, przeszczepiliśmy z hodowli bulionowo-surowiczej, w której były b. ładne łańcuszki, $^1/_{1\cdot000000}$ ctm.³ podskórnie królikowi, który, po kilkunastu godzinach zginął. We krwi, zamiast łańcuszków, znalazłem diplokoki, które znów, przeszczepione na różne podłoża dały poprzednio wspomniany wynik, tak, iż przypuścićby można, że gdyby króliki dłużej zostały przy życiu, zamiast diplokoków moglibyśmy znaleźć łańcuszki, albo że krew królika stanowiła taką glebę dla naszego łańcuszkowca, jak bulion cukrowy. Zaszczepione króliki temi różnemi postaciami paciorkowca, przy równoczesnem stosowaniu surowicy, ocalały, coby nie było nastąpiło, gdyby dla różnych kształtów łańcuszkowca, różną stosowaćby trzeba surowicę.

Kol. Bier nie zgadza się z zapatrywaniem kol. Gertlera, jakoby istniał tylko jeden gatunek paciorkowców. Ani morfologia, ani biologia nie pozwala na ścisłe rozstrzygnięcie tej sprawy. Jakkolwiek udowodnionem jest, że paciorkowiec posocznicy może wywołać otok ropny, różę i na odwrót paciork. róży flegmonę i posocznicę, to obecność paciorkowców w kale, spotykanych przez Kleina i Eschericha, w przypadkach złośliwej biegunki u dzieci, i dla niej przez tych autorów za jedyną przyczynę uznanych (przez koll. Nowaka i Ciechanowskiego — przy czerwonce), nasuwają przypuszczenie, że istnieją paciorkowce, które dla pewnych postaci zmian chorobowych są charakterystyczne. Paciorkowce te pod względem biologicznym różnią się od paciorkowców róży i posocznicy.

Kol. Braun jest zdania, że anty- i aseptyka nie dają całkowitej pewności przeciw gorączce połogowej, wita przeto pracę kol. prelegenta z wielkiem uznaniem

Kol. Starzewski zaznacza na wstępie, że ze względu na brak czasu, niemoże szczegółowo odpowiedzieć każdemu z poprzednich mowców i musi z przykrością pominąć poruszoną w dyskusyi sprawę jednolitości wszystkich gatunków paciorkowca ropotwórczego. Zdaniem jego, doświadczenia Marmorka i Zenoniego przemawiają stanowczo za wspólnem pochodzeniem paciorkowców ropotwórczych. Że surowica Marmorka, jako środek leczniczy, okazała się bezskuteczną, zgadza się mowca w zupełności; nie wpływa to jednakże na jej wartość zapobiegawczą przeciw zakażeniu paciorkowcem ropotwórczym. Świadczą o tem doświadczenia Marmorka i Zenoniego, przeprowadzone na zwierzętach, i doświadczenia kol. St. na położnicach w lwowskiej klinice kobiecej. Analogicznie zachowuje się surowica przeciwtężcowa, która zupełnie nie działa po wystąpieniu pierwszego napadu skurczów, a okazała się absolutnie pewnym środkiem ochronnym.

Z zapatrywaniem kol. Kośmińskiego, jakoby dla klinik i oddziałów szpitalnych zupełnie wystarczały dzisiejsze środki zapobiegawcze gorączce połogowej (anty- i aseptyka), gdyż w dobrze urządzonych zakładach odsetek śmiertelności jest nieznaczny, absolutnie zgodzić się nie można. Te małe odsetki, złożone razem, dają rocznie wielkie sumy ofiar życia ludzkiego. — smutny dowód doskonałości naszych dzisiejszych środków zapobiegawczych. Również nie można się zgodzić z twierdzeniem tego kolegi, że lepszy nadzór i wyćwiczenie akuszerek, mogą wywrzeć stanowczy wpływ na szerzenie się gorączki połogowej poza murami zakładów. Warunki, w jakich przeważna część akuszerek, a także i lekarzy, praktykuje, są tego rodzaju, że o przeprowadzeniu ścisłego postępowania aseptycznego mowy być nie może.

Rzeczywiste dodatnie wyniki, osiągnięte zapomocą szczepienia ochronnego surowicą Marmorka położnic zakładu lwowskiego, przemawiają najwymowniej przeciw podniesionym teoretycznym zarzutom i powinny, zdaniem mowcy, zachęcić do dalszych analogicznych badań w tym kierunku, celem wyświetlenia ostatecznej prawdy.

Sekretarz doroczny: *Dr. Xawery Gorski.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Londyn, w czerwcu.

Z przelotnego pobytu w Anglii trudno wynieść coś więcej, oprócz garstki ogólnikowych wrażeń; wzmianka o nich zdoła jednak może zachęcić niejednego z kolegów, wybierających się na zachód, do przeprawy za kanał, nie wymagającej zbyt wielkiego wydatku, a ponętnej przez to, że stosunki lekarskie angielskie znacznie różnią się od tego, co istnieje na kontynencie. Pominąwszy sam ustrój nauk lekarskich, opisywany przed kilku laty wyczerpująco w „Przeglądzie“ przez Dra Gustawa Piotrowskiego, a ujęty w odrębne i kto wie, czy nie lepsze od naszych, formy, musi każdego przybysza zaciekawiać szpitalnictwo kraju, który rozporządza wyższą nad potrzebę liczbą zakładów leczniczych, pomimo, że ich powstanie, byt i rozwój opiera się wyłącznie na dobrowolnej ofiarności, nie nakładając na ludność żadnych przymusowych ciężarów podatkowych. Do jak wysokiego stopnia wyrobiło się tu poczucie społecznego obowiązka, świadczy cyfra 40.000 funtów szterlingów (przeszło 400.000 złr.), zbierana rokrocznie na szpitale w samą tylko „Hospital Sunday“, t. j. jedną Niedzielę co roku (właśnie 12 Czerwca r. b.), wyłącznie na to przeznaczoną; ta suma pochodzi z samych tylko składek po kościołach i zborach, oprócz tego jednak w jedną z Sobót roku („Hospital Saturday“) po wszystkich rogach ulic zasiadają damy angielskie, wyciągając rękę po jałmużnę dla cierpiących i gromadząc zazwyczaj jeszcze 15 do 20 tysięcy Ł. (funtów szterlingów). Reszta, potrzebna do utrzymania szpitali, gromadzi się z drobniejszych składek, rozmaitych prywatnych darowizn i fundacyj, małą zaś cząstkę stanowią także opłaty, pobierane od zamożniejszych chorych; zresztą bowiem olbrzymia większość chorych, leczoną jest zupełnie bezpłatnie. I tak n. p. w roku ubiegłym wynosiły wydatki wszystkich szpitali londyńskich 812.339 Ł. (przeszło 8 milionów złr.); na pokrycie tych wydatków uzyskano ze składek 433.880 Ł., a więc więcej niż połowę, z dochodów majątków szpitalnych 208.140 Ł., z zapisów i fundacyj 193.418 Ł. — z opłat od chorych tylko 56.196 Ł. Za te ogromne sumy utrzymuje się w szpitalach londyńskich, których jest wogóle 32, prawie 10.000 (dokładnie 9.526) łóżek, z rocznym ruchem 95.783 chorych. Nie liczę tu zupełnie szpitali dla chorób zakaźnych, które rozporządzają taką samą prawie liczbą łóżek, lecz w czasach wolnych od chorób nagminnych nie działają; urządzenie tych szpitali zapasowych, pobudowanych przeważnie w czasach ostatnich, jest wzorowe, a niejeden kraj mógłby pozazdrościć, nawet tych budowli, które były stawiane niby tymczasowo, jak szpital dla chorych na ospę w południowej stronie miasta, obecnie stojący na szczęście pustką. Ale nawet zwykłe szpitale wystarczają widać aż nadto na potrzeby ludności, skoro w roku ubiegłym zajętych było tylko 7.075 łóżek z przytoczonej wyżej liczby. Oprócz tego istnieje, bądź to przy szpitalach, bądź niezależnie, kilkadziesiąt bezpłatnych lecznic dla chorych przychodnich („dyspensary“), które udzieliły porady w r. z. 1,474,669 osobom. Jak przystało na ojczyznę Listera, celują szpitale londyńskie przedewszystkiem ilością przypadków chirurgicznych (828.276); na choroby wewnętrzne przypada znacznie mniej (533.726), a uderzająco nieprawdopodobną jest wśród tej gromady podana przez statystykę zeszłoroczną liczba gruźliczych: 46.120, nawet w porównaniu z nizką śmiertelnością z gruźlicy w Londynie.

Odpowiednio do tego, że tutejsze szpitale wzięły początek z funduszów prywatnych, najwięcej tu niewielkich zakładów, liczących ledwo po 100 łóżek, lub nawet mniej. Kilka tylko lecznic rozporządza większą ich liczbą, po 500 do 600, i do tych lecznic są przyłączone szkoły lekarskie, stanowiące, jak wiadomo, coś odrębnego od „University“, który jest wyłącznie zajęty egzaminowaniem wychowanków rozmaitych szkół i przyznawaniem dyplomów. Dokładniej z urządzeniami i statystyką szpitali londyńskich można się zapoznać z rocznika, wydawanego przez H. Burdetta, p. t. „Burdett's Hospital and Charities i t. d.“ (The Scientific Press, Ltd. 28 & 29, Southampton Street, Strand, London W. C.).

Nie spodziewając się znaleźć w nowszych i bogatszych szpitalach, n. p. św. Tomasza, znacznych różnic od nowoczesnych zakładów na kontynencie, ciekawszy byłem, jak sobie radzą szpitale mniej zamożne i pomieszczone w starych budynkach i dlatego zwiedziłem dokładniej Guy's Hospital“, znany powszechnie z bogatych w treść swoich roczników. Przeważna część sal tego szpitala mieści się w starych gmachach, omal że pamiętających założyciela (1721 r.), bogatego londyńskiego księgarza, mimo to jednak wypełniających dobrze swoje zadanie, ponieważ dzięki temu, że szpitale nie są tu przepełnione i nie potrzeba zapychać sal brankardami, mógł szpital Guya rozdzielić swoje 470 łóżek na wielkiej przestrzeni, wynagradzając w ten sposób niedostateczną wysokość sal. Idąc za wymaganiami nowoczesnej chirurgii, a stosując się do środków materyalnych, zamknięto się ze wszystkimi zabiegami w małym pokoju, urządzonym odpowiednio, a zaniechano wogóle operacyj przed wielkiem audytoryum w obszernym drewnianym amfiteatrze. Urządzenie obecnej salki operacyjnej nie grzeszy przesadą, a może nawet nie wolne jest od błędów, które ma wynagradzać skrupulatna antyseptyka. Na braku środków, na stworzenie wzorowej dużej sali, wychodzą na razie źle tylko słuchacze połączonej ze szpitalem szkoły lekarskiej, jednej z 3 większych londyńskich, a liczącej obok kilkudziesięciu internów, 600 przychodnich słuchaczy. Interni zamieszkują osobne koszary, stojące tuż obok szkoły, zaopatrzone w bibliotekę, salę gimnastyczną i t. d., a zalety tego urządzenia nie trudno ocenić, widząc życie i pracę, jakie wrą w szpitalu, dzięki temu, że uczniowie znajdują w nim wszystko i nic ich nie odrywa i nie oddala od studyów zawodowych. W samej szkole widać na każdym kroku zresztą starania, skierowane ku celom pedagogicznym, wysuniętym najzupełniej na pierwszy plan. Możnaby nawet zarzucić, że pracownie profesorów i asystentów zbyt są skromne i ciasne, że badania naukowe usunięto w szkole zanadto w cień. Za to studenci rozporzadzają znakomitymi środkami, a choć w niektórych działach muszą znosić ciasnotę, aż do ukończenia nowych budynków, to takiej pracowni chemicznej, lub tak obszernego zakładu fizyologicznego, jak w szpitalu Guya, tylko zazdrościć można. Zakład fizyologiczny daje w pracowniach pomieszczenie stu studentom; setka, pracująca w sali dla doświadczeń fizyologicznych i histologii, ma na każdym stoliku pod ręką gaz, wodę, elektryczność, motor mechaniczny i próżnię. Równie wygodnie urządzoną jest ogromna sala chemii fizyologicznej i t. d. Bogate i wzorowo uporządkowane i zachowywane zbiory anatomopatologiczne dają w ręce każdego studenta, oprócz paru tysięcy okazów naturalnych, przepyszny zbiór odlewów (moulage), który swoimi kilkuset okazami wypełnia zadanie bardzo właściwe, gdyż nie wykracza poza zakres chorób skórnych. Warto wspomnieć o praktycznym pomyśle, zapewniającym studentom wszelkie korzyści ze zbiorów muzealnych, a usuwającym potrzebę osobnego personalu pomocniczego, który musiałby być bardzo liczny, aby wystarczyć liczbie i pilności studentów, badających okazy anatomopatologiczne. Pomysłem tym jest drukowany kilkotomowy katalog, w którym, pod opisem dokładnym preparatu, pomieszczona jest krótka historya choroby odpowiedniego przypadku, zawierająca najważniejsze i pouczające szczegóły z pominięciem niepotrzebnego balastu. Zasługuje też na wzmiankę praktyczna szkoła dentystyki, pomieszczona w szpitalu, a licząca, wśród swoich stu kilkudziesięciu wychowanków, sporą garstkę słuchaczy medycyny. *S. C.*

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 30 Czerwca.

VIII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu od 1—4 Sierpnia r. b.

W dalszym ciągu zapowiedzieli odczyty:

216) Nussbaum Henryk z Warszawy: „O wahaniach fizyologicznych odporności“. 217) Tenże: „O wpływie laktacyi na powstawanie neuroz“. 218) Dr. Zakrzewski Franciszek z Poznania: „O zwężeniach odźwiernika“. 219) Tenże: „Jaką dyetę mamy stosować przy nadkwasocie żołądka“. 220) Dr. Noiszewski Kaźmierz z Dynaburgu: „Geometrya wykreślna i wyobrażenia wzrokowe“. 221) Prof. Królikowski ze Lwowa: „O doszczętnej operacyi przepuklin u koni“. 222) Tenże: „O operacyjnem leczeniu podwinięcia powieki u psów“. 223) Dr. Spira z Krakowa: „O wstrząśnieniu błędnika usznego“. 224) Dr. Rzewuski Romuald z Arcugowa: „O etyologii ciepła zwierzęcego“. 225) Dr. Ludwik Górecki z Paryża: „O ichtyolu w terapii ocznej“. 226) Tenże: „Jednostronna papilloretinitis“. 227) Prof. Jordan z Krakowa: „W sprawie symphyseotomii“. 228) Dr. Teodor Bałłaban ze Lwowa: „Cyklochrom“. 229) Dr. M. Hager z Pszczewa: „Przypadek ostrego zapalenia oka wskutek liszek muchy w spojówce“. 230) Dr. Wlazłowski z Międzychoda: „Metoda leczenia krupu bez tracheotomii“. 231) Dr. Kazimierz Jarnatowski z Wrocławia: „O teraźniejszym stanie nauki chorób błony łącznej i rogowej, spowodowanych drobnoustrojami“. 232) Dr. Józef Chrzanowski z Poznania: „O wartości obrotu wobec ścieśnienia miednicy“. 233) Dr. Wisłocki Jan z Łodzi: „O podtrzymywaniu krocza“. 234) Dr. Stankiewicz Czesław z Łodzi: „W sprawie operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy“. 235) Tenże: Temat zastrzeżony. 236) Dr. Kędzior z Krakowa: „Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem piwa żelazistego na ustrój“.

* Ze względu na wzrastającą z dniem każdym liczbę odczytów, zapowiedzianych na Zjazd Poznański, uchwalił komitet gospodarczy, na ostatniem swem posiedzeniu, czas trwania Zjazdu przedłużyć o jeden dzień, aby przez to więcej pozostało czasu dla prac sekcyjnych. Na mocy tego 8 Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się dnia 1, 2, 3 i 4 Sierpnia r. b.

Komitet gospodarczy nadmienia przy tej sposobności, że z zapowiedzianych odczytów w pierwszym rzędzie będą te uwzględniane, których autorzy nadeślą do 3 Lipca r. b. krótkie streszczenie odczytu, a o czem szanowni prelegenci przez osobny komunikat Zarządu już zostali powiadomieni.

* W sprawie mieszkań w czasie Zjazdu raczą szanowni uczestnicy, o ile możności już teraz zgłaszać się do prezesa wydziału uroczystościowego, Dra B. Kapuścińskiego, w Poznaniu ulica Wilhelmowska Nr. 11, jeżeli chcą mieć pewność, że otrzymają mieszkanie dobre i wygodne. Zgłoszenia po 20 Lipca nie dadzą się może wszystkie uwzględnić!

* Na życzenie wielu uczestników postanowili obywatele W. Ks. Poznańskiego urządzić dla szanownych gości, w Środę, dnia 3 Sierpnia, zamiast balu, wielki raut w Bazarze, by wszystkim uczestnikom, nawet w zwyczajnych ubiorach, umożliwić wzięcie udziału w uroczystem przyjęciu ich przez obywatelstwo wielkopolskie.

* Komitet Towarzystwa lek. krak., z prezesem swym, kol. Prof. Jakubowskim na czele, wręczył w sobotę, dnia 25 b. m., kol. Drowi Józefowi Surzyckiemu adres uznania, przez Towarzystwo jednomyślnie uchwalony, za sumienne, nad zwykłą miarę gorliwe i pożyteczne kierowanie sprawami Towarzystwa, w ciągu dwuletniego sprawowania obowiązków prezesowskich.

* Stopień doktorów wszech nauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymali: Jan Opolski i Wiktor Reiss.

* Delegatami Towarz. lekar. krakowskiego na sierpniowy Zjazd poznański wybrani zostali przez Towarzystwo: Prof. H. Jordan i Prof. K. Kostanecki.

* Prof. Włodzimierz Brodowski obchodzić będzie w tych dniach 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego. Czcigodny jubilat przebywa obecnie w Mühlau pod Insbrukiem.

* Dzienniki donoszą, że w Warszawie obchodzić będą 40-letni jubileusz pracy zawodowej Drowie: Aleksander Heinrich, Bolesław Gepner i Prof. Julian Kosiński.

* »Nowosti“ donoszą, że rosyjski minister oświaty zamierza zaprowadzić w gimnazyach tak zw. komisye sanitarne, w skład których wejdą: inspektor, lekarz i 2-ch nauczycieli. Celem takich komisyj będzie czuwanie nad stanem higienicznym budynku szkolnego i zdrowiem dzieci.

* „Prawit. Wiestn.“ ogłasza, że Dr. J. Koliński otrzymał pozwolenie na wydawanie w Łodzi „Czasopisma Lekarskiego“, pod redakcyą lekarza Seweryna Sterlinga.

* Rosyjskie ministeryum oświaty ograniczyło przyjmowanie studentów izraelitów w moskiewskim Uniwersytecie do 3%, co ma wynosić w przyszłem półroczu 30 na całą ilość studentów, a 7 na wydziale lekarskim. Przy przejściu z jednego wydziału na drugi, odsetek ten będzie również przestrzegany.

* Rząd niderlandzki powołał specyalną komisyę dla zbadania i wskazania środków, mających na celu zwalczanie gruźlicy u bydła.

* Cesarz chiński postanowił urządzić Uniwersytet w Pekinie na wzór wszechnic europejskich.

Ogłoszenie. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego:

1) Anatomia patologiczna i warunki powstawania żylaków (Varices).

2) Zmiany anatomo-patologiczne w oddzielonej siatkówce (retina).

3) Zbadać o ile w rakach wtórnych zachowują się właściwości nowotworów pierwotnych.

4) Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (aptitis).

5) Zmienność położenia serca, zależnie od pochyleń ciała.

6) Sprawdzić (Grünnach) zależność pomiędzy szybkością fal tętniczych a arteriosklerozą.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 Marca 1899 r.

Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 6-ciu tematów, wyznacza się nagroda Rs. 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace mają być nadesłane w rękopisach, czytelnie napisanych, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania, mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, za Sekretarza Stałego, Członek Zarządu. *W. Kosmowski.*

* Sprawa depopulacyi we Francyi nie jest nową: „Journal des Debats“ podaje, że w r. XI Rzeczypospolitej niejaki Dr. Robert wydał książkę pod tyt. „O wpływie rewolucyi francuskiej na naród“. W książce tej autor doradza energiczne zwalczanie klęski starokawalerstwa, a to nie przez obłożenie grzywną lub podatkami starych kawalerów, lecz wynajduje na tych „opornych“ karę dotkliwszą, polegającą na zmuszeniu ich do używania budzącej pogardę liberyi koloru zwiędłego liścia lub burej barwy dzikiego zwierza.

Mianowania: Dr. W. Fossel, mianowany został prof. nadzwyczajnym historyi medycyny w Gradcu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 26: Luxenburga J.: O praktycznem znaczeniu badania krwi u chorych nerwicowych. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (c. d.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 26: Janowskiego Wł.: Zmienność naprzemienna w napięciu tętna. Stróżewskiego K.: Syfilis dziedziczny, jako przyczyna chorób nerwowych. Neugebauera Fr.: Szereg przypadków wczesnego macierzyństwa.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Thomayer: Sbornik poliklinický, prace z české universitni polikliniky (za r. 1897).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 9. Lipca 1898. Nr. 28.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O objawie paluchowym
(phénomène des orteils).

Wykład kliniczny w szpitalu »Pitié« w Paryżu

przez

Dra J. Babińskiego.

W dzisiejszym wykładzie pragnę Panów zapoznać z objawem, wykrytym i ogłoszonym przezemnie już przed 2-ma laty, o którym podałem wiadomość Towarzystwu biologicznemu w lutym 1896 r. i o którym nowe szczegóły przedstawiłem na Zjeździe neurologicznym w Brukseli, we wrześniu 1897 [1]).

Objaw ten polega na zmianie odruchu skórnego podeszwowego.

Zanim Panom opiszę tę zmianę, należy powiedzieć słów kilka o prawidłowym odruchu podeszwowym u osób dorosłych; niemi bowiem tylko zajmować się będziemy. Trzeba wiedzieć, że wówczas podrażnienie podeszwy wywołuje zazwyczaj obok innych odruchów, — że wymienię tylko zgięcie w stawie skokowym, kolanowym i udowym, — także zgięcie palców w „art. metatarso-phalangealis", na które szczególnie zwracam Panów uwagę. U niektórych prawidłowych osobników zdarza się wprawdzie, że po podrażnieniu podeszwy, palce nie wykonują żadnego odruchu, przynajmniej na pozór; jednakże w tych przypadkach nigdy nie zdarza się odruchowe wyprostowanie palców (ekstenzya), co jest szczegółem pierwszorzędnej wagi; odnosi się to przedewszystkiem do wielkiego palucha, którego zachowanie się należy tu mieć szczególnie na oku.

Otóż w niektórych stanach chorobowych, po podrażnieniu podeszwy, pojawia się odruchowe wyprostowanie palców. Tę zmianę postaci odruchu podeszwowego nazwałem objawem paluchowym (phénomène des orteils).

Od tego nieprawidłowego różni się jednak odruch prawidłowy wogóle nietylko kierunkiem ruchu (wyprostowanie zamiast zgięcia); najczęściej bowiem odruch wyprostny odbywa się powolniej, niż zgięcie; co więcej, zgięcie bywa zazwyczaj wyraźniejsze w 2 lub 3 ostatnich palcach; natomiast wyprostowanie przeważa w paluchu wielkim lub 2-ch pierwszych palcach. Nadto zgięcie jest zwykle silniejsze po podrażnieniu wewnętrznej strony stopy, niż po podrażnieniu zewnętrznej jej połowy; przy wyprostowaniu zaś rzecz ma się zazwyczaj odwrotnie.

[1]) Prof. Van Gehuchten ogłosił świeżo w »Journal de Neurologie« (poszyt z d. 5. kwietnia 1898) pracę, w której potwierdza spostrzeżenia przedstawione przezemnie na Zjeździe w Brukseli.

Nierzadko także wyprostowuje się odruchowo po podrażnieniu podeszwy tylko wielki paluch lub dwa pierwsze palce, reszta palców zaś natomiast się zgina. I tę odmianę odruchu podeszwowego spotkałem wyłącznie tylko w przypadkach chorobowych.

Natomiast inna odmiana odruchu podeszwowego, polegająca na tem, że palce stopy po podrażnieniu podeszwy raz się wyprostowują, drugi raz zginają, jest dość pospolitą także u osobników zdrowych.

Z kolei wypada pomówić o sposobach, jakich trzeba używać, żeby módz dokładnie zbadać odruchy palców stopy. Jest rzeczą ważną, ażeby przytem mięśnie stopy i podudzia były zupełnie nienapięte i w tym celu dobrze jest nie uprzedzać chorego o zamierzonem badaniu i polecić mu zamknąć oczy. Kończyna powinna być lekko zgięta w stawie kolanowym, a stopa — albo spoczywać na łóżku, dotykając go tylko zewnętrzną swą krawędzią, lub też znajdować się swobodnie w powietrzu w ten sposób, że badający unosi i podtrzymuje podudzie. Gdy już kończyna znajduje się w odpowiedniem położeniu, należy odczekać z podrażnieniem podeszwy, aż mięśnie kończyny zupełnie się zwolnią. Nie jest także obojętnem, czy podrażnienie jest słabe lub silne, czy się tylko poprostu łechce, czy też kłóje podeszwę. Kłócie podeszwy jest niezbędne u niektórych osobników, aby wywołać odruchy palców stopy; u innych jednakże wywołuje ono przeciwnie tak żywe ruchy w różnych odcinkach kończyny dolnej, że dokładne spostrzeganie i rozbiór tych ruchów stają się trudne; w tych przypadkach określenie cech odruchu podeszwowego może nawet stać się niepodobieństwem, lub, jeżeli się je zdoła zauważyć, to jeszcze powstaje pytanie, czy był to odruch, czy też ruch dowolny. Rozstrzygnięcie tego pytania jest rzeczą doniosłą, ponieważ prawie wspominać nie potrzeba, że jeżeli odruch podeszwowy w stanie prawidłowym nigdy się nie objawia wyprostowaniem palców, to jednak wyprostowanie palców po ukłóciu podeszwy mogłoby być skutkiem działania woli; w takich więc przypadkach należy podeszwę ponownie i słabiej podrażniać.

Na wzmiankę zasługuje jeszcze inne źródło błędów w spostrzeganiu. Przy odruchowem zgięciu stawu skokowego po podrażnieniu podeszwy poruszają się oczywiście palce razem z całą stopą; otóż jeżeli, jak się to czasem zdarza, nie pojawia się zgięcie odruchowe palców w „articul. metatarso-phalangealis", wówczas bierny ruch palców wraz z całą stopą ku przedniej powierzchni podudzia może przy nie dość dokładnem spostrzeganiu wywołać złudzenie, że palce się odruchowo w „artic. metatarsophalang." wyprostowały. Aby uniknąć tego błędu, należy ze szczególną uwagą

przyglądać się w czasie badania okolicy „articul. metatarsophalang.“ wielkiego palucha, by zdać sobie dokładnie sprawę z położenia pierwszego członu (falangi) względem kości śródstopia.

Przedewszystkiem przedstawiam Panom szereg osobników prawidłowych, zebranych bez żadnego wyboru, których możecie sami zbadać i u których zdołacie łatwo stwierdzić to, co mówiłem o zachowaniu się odruchu podeszwowego w stanie prawidłowym.

Oto z kolei kilku chorych z objawem paluchowym.

Pierwsza chora dotknięta jest porażeniem lewej połowy ciała, wywołanem przez organiczne zmiany prawej półkuli mózgowej, a trwającem od 3 lat; porażenie dotyczy kończyny dolnej i górnej, oraz twarzy po lewej stronie i jest znaczniejsze w górnej, niż w dolnej kończynie; z tem wszystkiem ruchy dowolne palców stopy są prawie zupełnie zniesione. Najsłabiej zaznacza się porażenie mięśni twarzy. Chód chorej jest znamienny, chora chodzi kulejąc („en fauchant“), kończyny są przykurczone, a odruchy ścięgniste bardzo wygórowane. Łechcząc prawą podeszwę wywołuje się odruchowe zgięcie palców stopy; połechtanie lewej podeszwy sprawia odruch wyprostny, silniejszy w 2 pierwszych, niż w 3 ostatnich palcach.

Druga chora dotknięta jest porażeniem lewej połowy ciała od lat dwóch. Porażenie to przedstawia te same cechy, co u pierwszej chorej, z tą jedynie różnicą, że ruchy dowolne palców stopy lewej są jeszcze dość swobodne, a pochodzi podobnie, jak tam, z przyczyn niewątpliwie organicznych. I w tym, jak w poprzednim przypadku, stwierdza się prawidłowy odruch podeszwowy po prawej stronie, odruchowe wyprostowanie palców zaś po podrażnieniu podeszwy lewej.

U trzeciej chorej wystąpiło przed rokiem porażenie prawej, a w miesiąc potem porażenie lewej połowy ciała. I tu także odruchy ścięgniste znacznie są wygórowane, istnieje drganie padaczkowate stopy itd., jednem słowem można i tu stwierdzić cały szereg objawów przedmiotowych, świadczących, że przyczyną choroby są zmiany anatomiczne (organiczne). Objaw paluchowy istnieje w tym przypadku po obu stronach, jest jednak wybitniejszy po stronie prawej, po której i porażenie jest znaczniejsze.

Dalsza chora przedstawia obraz „paraplegia spastica“ ze znacznem wzmożeniem odruchów ścięgnistych i drganiem padaczkowatem stopy. W tym przypadku zdaje mi się przyczyną tych objawów być ognisko sklerotyczne (stwardnienia) w okolicy piersiowolędźwiowej rdzenia pacierzowego. Objaw paluchowy jest tu jeszcze wybitniejszy, niż u poprzednich chorych; odruchowe wyprostowanie pojawia się bardzo silnie we wszystkich pięciu palcach.

Piąty z kolei osobnik, jestto mężczyzna dotknięty chorobą Potta; garb zajmuje środkowy odcinek piersiowej części stosu kręgowego. Chory ten przybył na mój oddział przed rokiem i okazywał wówczas, oprócz pewnych zaburzeń ze strony pęcherza moczowego i zwieracza odbytnicy, objawy „paraplegia spastica“ z wygórowaniem odruchów ścięgnistych i drganiem padaczkowatem stóp, wskutek czego przykuty był do łóżka i absolutnie nie mógł stać. Podrażnienie podeszwy wywoływało wówczas zawsze i niezmiennie odruchowe wyprostowanie palców. W dalszym przebiegu choroby niektóre zaburzenia stopniowo ustępowały, i obecnie może chory, jak Panowie widzicie, stać, a nawet zrobić kilka kroków, jednakże wygórowanie odruchów ścięgnistych i drganie padaczkowate stóp utrzymują się dalej. Podrażnienie podeszwy wywołuje obecnie z początku zgięcie palców; jeżeli jednak drażni się podeszwę dalej raz po razu, wówczas po chwili palce wyprostowują się, zamiast się zgiąć.

Ten znów inny chory cierpi na „paraplegia spastica“ pochodzenia kiłowego; u niego również stwierdzamy objaw paluchowy.

U siódmego chorego istnieje połowicze porażenie rdzeniowe (hemiparaplegia spinalis) ze znieczuleniem skrzyżowanem, dotyczącem drugiej strony ciała, a to wskutek postrzału z broni palnej, który obraził rdzeń kręgowy. Po stronie lewej, zajętej przez porażenie spastyczne, pojawia się po ukłóciu podeszwy odruchowe wyprostowanie palców. Po stronie prawej, gdzie istnieją również, lecz w stopniu znacznie niższym, zaburzenia ruchów, zadrażnienie podeszwy wywołuje bardzo nieznaczne wyprostowanie wielkiego palucha.

Jako ósmy w końcu przykład przedstawiam Panom młodą, 26-letnią kobietę, dotkniętą wiądem rdzenia pacierzowego i „meningo-encephalitis diffusa“. Istnienia wiądu pacierzowego dowodzi w tym przypadku zanik tarczy nerwu wzrokowego po stronie prawej, objaw Argyll-Robertsona bóle strzelające, zniesienie odruchów kolanowych, odruchów ścięgna Achillesa i ścięgna mięśnia trójgłowego ramienia; przewłoczne rozlane zmiany opon i kory mózgowej objawiają się zaś przez zaburzenia psychiczne, drżenie warg i języka, znamienne zboczenia mowy. Należy zauważyć, że u tej kobiety kończyny dolne są w istocie stosunkowo słabsze, niż u osobników prawidłowych, lecz, że to osłabienie nie jest zbyt wielkie i że chód prawie się nie zmienił. Objaw paluchowy występuje u tej kobiety nader wybitnie.

Przedstawiwszy Panom szereg chorych, u których stwierdziliśmy objaw paluchowy, pragnę obecnie — opierając się zarówno na tych kilku przykładach, jak i na daleko liczniejszych innych spostrzeżeniach, jakie zgromadziłem od chwili, w której objaw paluchowy zwrócił moją uwagę — wspomnieć kolejno i omówić metodycznie wszystkie te cierpienia, w których można objaw ten spostrzegać.

Przedewszystkiem spotyka się ten objaw w porażeniu połowiczem (hemiplegia), wywołanem przez zmiany organiczne mózgu rozmaitej przyrody i różnego pochodzenia, jak krwotok, rozmiękczyna lub nowotwór i t. p.

W przypadkach, które przed chwilą Panom przedstawiłem, spotkaliśmy się z porażeniem połowiczem, trwającem już długo, w którem istniały przykurczenia (kontraktury) i odruchy ścięgniste były wygórowane. Objaw paluchowy stwierdziłem jednakże także w wielu przypadkach świeżych porażeń połowiczych, w których mięśnie strony porażonej były wiotkie, a odruchy ścięgniste po tej stronie bądź prawidłowe, bądź osłabione, bądź nawet zniesione. I tak na przykład spostrzegałem objaw paluchowy u drugiej z chorych, przedstawionych Panom, już przy pierwszem badaniu w dobę po wystąpieniu porażenia połowiczego; odruchy ścięgniste były wówczas prawie równe po obu stronach; u innej chorej, dotkniętej organicznem porażeniem połowicznem, którą miałem sposobność badać już w godzinę po napadzie udarowym, istniał nader wybitny objaw paluchowy, a odru-

chy ścięgniste były po stronie porażonej bardzo słabe. — Odruchowe wyprostowanie palców stopy wydawało mi się nawet w badanych przezemnie świeżych porażeniach połowiczych zazwyczaj znaczniejsze, niż w starych porażeniach.

Obecność objawu paluchowego zauważyłem dalej w dwóch przypadkach starych, wiotkich porażeń połowiczych, w których odruchy kolanowe były zniesione. W jednym z tych przypadków porażenie dotyczyło lewej strony ciała i trwało od lat trzech; mięśnie kończyny dolnej były zupełnie wiotkie, w kończynie górnej istniało lekkie przykurczenie; zarówno odruchów kolanowych, jak i odruchów ścięgna Achillesa brakowało po obu stronach; odruch ścięgnisty mięśnia trójgłowego ramienia był prawidłowy po prawej, wygórowany po lewej stronie; chory ten cierpiał kilkakrotnie na bóle strzelające; prawa źrenica była węższa od lewej. Prawdopodobnie istniało w tym przypadku skojarzenie zmian w korzonkach tylnych rdzenia ze zmianą anatomiczną prawej półkuli mózgowej, która wywołała ze swej strony zwyrodnienia wtórne. W drugim przypadku chodziło o chorą, cierpiącą niewątpliwie na wiąd rdzenia, jak tego dowodziły bóle strzelające, zaburzenia pęcherzowe, objaw Robertsona, brak odruchów kolanowych, odruchów ścięgna Achillesa i odruchów ścięgnistych mięśnia trójgłowego ramienia; u chorej tej wystąpiło nagle porażenie lewej połowy ciała. Objaw paluchowy istniał u tej chorej od początku porażenia; w dwa miesiące potem, gdy porażenie pozostało wiotkiem, a odruchy ścięgniste były zniesione tak samo, jak na początku, — wówczas podrażnienie podeszwy wywoływało podobne odruchowe wyprostowanie palców, jak w pierwszym dniu porażenia.

Wybitność objawu paluchowego nie stoi w prostym stosunku do stopnia porażenia; przeciwnie, objaw ten bywa bardzo wyraźny w niektórych przypadkach, w których porażenie połowicze jest nieznaczne i w których dowolne ruchy palców stopy nie są zbyt upośledzone; z drugiej zaś strony może być ten objaw bardzo nieznaczny, lub nawet może go zupełnie brakować w przypadkach bardzo wybitnych porażeń.

Po stronie nieporażonej bywa odruch podeszwowy wogóle prawidłowy; niekiedy jednak spostrzegałem i po tej stronie objaw paluchowy, jakkolwiek w każdym razie mniej wybitny, niż na stopie porażonej.

U jednej z chorych, dotkniętej od lat kilkunastu porażeniem połowiczem spastycznem, zauważyłem następujący ciekawy stan: podrażnienie podeszwy strony porażonej wywoływało po tej stronie wyprostowanie palców; podrażnienie podeszwy strony zdrowej zaś wywoływało nietylko zgięcie palców po stronie zdrowej, ale także również zgięcie po stronie porażonej.

Spostrzegałem dalej objaw paluchowy w kilku przypadkach porażenia ogólnego postępującego („meningo-encephalitis diffusa“); w przypadkach tych istniało równocześnie znaczne osłabienie kończyn dolnych, a odruchy ścięgniste były wygórowane. Ostatnia chora, którą Panom przedstawiałem, stanowi pod tym względem wyjątek, bo, jak to stwierdziliśmy, osłabienie kończyn dolnych jest u niej bardzo nieznaczne, a odruchy ścięgniste są zniesione; coprawda, w tym przypadku istnieje skojarzenie „meningo-encephalitis diffusa“ z wiądem rdzenia pacierzowego.

Objaw paluchowy zauważyłem także w jednym przypadku padaczki częściowej. Chory, o którym mówię, przebywał napady padaczki Jacksonowskiej, w których drgawki zajmowały lewą stronę ciała; badając chorego bezpośrednio po jednym z napadów, spostrzegłem, że podrażnienie podeszwy wywoływało wyprostowanie palców po stronie lewej; pomiędzy napadami był odruch podeszwowy prawidłowy i nie było żadnych zboczeń w zakresie ruchów po lewej stronie ciała.

Widziałem również występowanie objawu paluchowego w jednym przypadku zapalenia opon mózgordzeniowych, wywołanego przez pneumokoki, i w jednym przypadku zatrucia strychniną; u obu tych chorych istniały w kończynach dolnych przykurczenia, wygórowanie odruchów ścięgnistych i drganie padaczkowate stopy. Zatrucie strychniną zakończyło się wyzdrowieniem, a odruch podeszwowy powrócił w dwie doby mniej więcej od początku objawów zatrucia do stanu prawidłowego.

W przypadkach porażeń spastycznych pochodzenia rdzeniowego, bez względu na ich przyczynę, czy jest nią uraz lub ucisk rdzenia wskutek choroby Potta, czy też zapalenie rdzenia i jego opon (meningomyelitis), zapalenie rdzenia poprzeczne (myelitis transversa), ogniskowe stwardnienie rdzenia (sclerosis disseminata), syringomyelia lub wreszcie „sclerosis lateralis amyotrophica“, — spostrzega się często objaw paluchowy; w przypadkach tego rodzaju jest on zazwyczaj wybitniejszy, niż w porażeniach połowiczych pochodzenia mózgowego.

Objaw ten zdarza się również w niektórych przypadkach wiotkich paraplegii z osłabieniem lub zniesieniem odruchów ścięgnistych. Stwierdziłem go dalej po stronie porażonej w jednym przypadku porażenia połowiczego pochodzenia rdzeniowego ze skrzyżowanem znieczuleniem, które powstało wskutek urazowego przecięcia połowy rdzenia w środkowym odcinku części piersiowej; w przypadku tym spostrzegłem objaw paluchowy w 15 godzin po urazie; mięśnie strony porażonej były wiotkie, a odruchy ścięgniste po tej stronie zniesione.

W końcu zauważyłem objaw paluchowy w kilku przypadkach choroby Friedreicha.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O fenokolu, analgenie, chinopirynie i euchininie, jako środkach przeciwzimniczych

podał

Dr. Ksawery Lewkowicz,

asystent kliniki.

Wyniki, które otrzymujemy po zastósowaniu chininy przy zimnicy, tak przewyższają wszystko, co się zresztą w chorobach wewnętrznych da zapomocą leków osiągnąć, że posiadanie w odwodzie innych środków przeciwzimniczych mogłoby się wydawać zbytecznem. Jednak, obok wszystkich swych zalet, które ją stawiają na czele leków swoistych i przyczynowo działających, ma także chinina i wady. Pomijając już objawy właściwego zatrucia po użyciu dawek wysokich, wspomnieć tu muszę o całym szeregu niepożada-

nych objawów ubocznych, nieraz znacznego nasilenia, a pojawiających się nie tak rzadko przy średnich dawkach leczniczych. Należą tu przedewszystkiem różne objawy nerwowe: odurzenie chininowe, szum w uszach, częściowa lub całkowita, krócej lub dłużej trwająca, głuchota lub ślepota. Rozmaitego rodzaju wysypki skórne, połączone niekiedy z obrzękami, z dolegliwem świerzbieniem skóry i następowem łuszczeniem się przyskórka, występują stale u pewnych osób z przyczyn bliżej nieznanych, nawet po zastósowaniu dawek nieznacznych (0,10 — 0,15). W praktyce wreszcie dziecięcej stoi często na przeszkodzie w podawaniu chininy jej smak gorzki, nie dający się niczem usunąć. Dzieci bronią się przed przyjęciem leku, a zmuszone do zażycia, dostają wymiotów; innym razem znów matki odstawiają samowolnie lek gorzki i czynią jeszcze lekarzowi wyrzuty, że mógł go dziecku przepisać.

Wszystkie te ujemne własności chininy usprawiedliwiają niezawodnie poszukiwania za środkami zastępczymi. Nowoczesna chemia podała też cały szereg związków wrzekomo wolnych od wad chininy, a mogących z nią współzawodniczyć co do skuteczności leczniczej. Rozporządzając w klinice pedyatrycznej, dzięki uprzejmości prof. Jakubowskiego, znacznym materyałem odpowiednich chorych, postanowiłem wypróbować kilka z tych leków, przyczem w doświadczeniach kierowałem się nietylko spostrzeganiem klinicznem, lecz i często powtarzanem badaniem krwi.

Wyniki doświadczeń streszczam poniżej.

I. Chlorek fenokolowy.

Akcyjna fabryka chemiczna w Berlinie (przedtem firma E. Schering) otrzymała przez wprowadzenie do fenetydyny rodnia kwasu amido-octowego, czyli glikokolu połączenie o własnościach fenacetyny, ale łatwiej od niej rozpuszczalne. Związek ten, nazwany fenokolem, łączy się z kwasami i tworzy odpowiednie sole. Jedną z nich jest chlorek fenokolowy.

fenetydyna	glikokol	chlorek fenokolowy
$C_6H_4 \begin{cases} OC_2H_5 \\ NH_2 \end{cases}$	$CH_2NH_2 - CO-OH$	$C_6H_4 \begin{cases} OC_2H_5 \\ NH(NH_2 \cdot CH_2 \cdot CO)HCl \end{cases}$

Jest to proszek krystaliczny, biały, zapachu słabo aromatycznego, smaku słonogorzkawego, rozpuszczalny w 20-tu częściach wody. Dawka dzienna wynosi 3—6 gramów. Doświadczenia Hertela, Herzoga i innych wykazały, że niema on, w stosunku do fenacetyny, żadnych szczególniejszych zalet, jako środek przeciwgorączkowy, przeciwgośćcowy, lub przeciwbólowy. Dopiero publikacya prof. Albertoniego z Bolonii [1]) nadała mu nowy rozgłos, gdyż lek ten miał się okazać dzielnym środkiem przeciwzimniczym. Spostrzeżenia Albertoniego potwierdził cały szereg autorów, mianowicie włoskich, jak Cucco, Dall'Olio, Cerna, Arcangelo, Vinzenzi i inni. Mimo, że nie braknie i głosów przeciwnych, jak de Angelis-Mangana [2]), a w ostatnim czasie Ziemanna [3]), przeważa zdanie korzystne dla leku, a w podręczniku Loebischa [4]) znajdujemy o nim bardzo pochlebny artykuł.

Doświadczenia moje tyczą się wyłącznie trzeciaczki i wykonane były na 9-ciu przypadkach w lecie roku 1896. Trzeciaczka nadaje się do podobnych prób wybornie, z powodu krótkości trwania rozwoju i wrażliwości pasorzyta. Po zastósowaniu dostatecznych dawek chininy, a nawet jednej średniej dawki, liczba pasorzytów we krwi z palca szybko się zmniejsza, a po 24—48 godzinach spada do zera. Szybciej jeszcze, bo w przeciągu doby, zostają usunięte napady.

Otóż po podawaniu fenokolu, nawet w znacznych dawkach i przez czas dłuższy, nie mogłem w żadnym przypadku stwierdzić ustąpienia pasorzytów ze krwi chorego, lub choćby poważniejszego zmniejszenia ich liczby. Zato na napady zimnicze wywierał fenokol w przeważnej liczbie przypadków, choć nie we wszystkich, wpływ wybitny. Za przykład posłużą następujące spostrzeżenia.

P. B., lat $1\frac{1}{4}$, ciężar ciała 7.150, napady zimnicze codzienne, ciepłota do 40°, we krwi pasorzyty trzeciaczkowe. Dnia 17/VII. zaczęto podawać fenokol, 3 razy dziennie po 0,30, co odpowiadałoby u dorosłego dawce 9 grm na dobę. Napady już się nie pojawiły i stan bezgorączkowy trwał tak długo, jak stósowano leczenie. 24/VII. wystąpiły jednak wymioty, co było powodem odstawienia leku. Zaraz w następnych dniach 26 i 27/VII. pojawiły się wzniesienia gorączkowe do 37·8° i 39·3° tak, że musiano ostatecznie zwrócić się do chininy.

P. M. lat 8, c. ciała 18.400, napady codzienne, ciepłota dochodziła do 40° i paru dziesiętnych, we krwi pasorzyty trzeciaczkowe. Od 27/V. podawano fenokol, w dwóch pierwszych dniach raz, w następnych 3 razy, dziennie po 0,40. Już pierwszego dnia ciepłota wzniosła się tylko do 38·4°, a w następnych był stan bezgorączkowy. Od piątego dnia leczenia (31/V.) zaczynają się jednak znowu codziennie pojawiać napady coraz silniejsze i w końcu dosięgają dawnego natężenia mimo, że dawkę podniesiono do 1,80 na dobę (3×0,60), co odpowiadałoby u dorosłego dawce 7-mio gramowej.

M. G., lat 5, c. ciała 13.900, napady z torem trzeciaczkowym, i wzniesieniami 40·8°. Od 10/VI. podawano fenokol 3 razy dnia po 0.30. Napady w tym przypadku nietylko nie ustąpiły, ale pojawiły się nawet w dniach dotychczas od nich wolnych tak, że powstał tor codzienny. Jako jedyny wpływ dodatni można było zauważyć obniżenie ciepłoty wśród napadów do 39·7°.

Z klinicznego zatem przebiegu, podobnie jak z wyników badania krwi okazuje się, że fenokol, jeżeli w ogóle usuwa napady, to działa jedynie objawowo, a nie jest w stanie usunąć zakażenia. Zarzut podnoszony przez zwolenników fenokolu, że i chinina w pewnych przypadkach zimnicy zawodzi, nie wytrzymuje wcale krytyki. W okolicach zimniczych tak często przecież rozpoznaje się jako zimnicę to, co do niej stanowczo nie należy. Odkąd na klinice pedyatrycznej przyjęliśmy za zasadę, że tylko te przypadki uznaje się za zimnicę i w tych przystępuje do podawania chininy, w których się stwierdzi we krwi pasorzyty zimnicze, odtąd nie mieliśmy ani jednego przypadku, gdzieby leczenie chininowe okazało się bezowocnem. Przypadki zaś, gdzie jedynie na podstawie gorączki przepuszczającej, choćby o torze zbliżonym do trzeciaczkowego i na podstawie obrzęku śledziony, podejrzywaliśmy zimnicę, a gdzie badanie krwi wypadło ujemnie, zawsze, przy dłuższej obserwacyi, okazywały się czem innym, a nie zimnicą. Skutki leczenia chininą występują przy zimnicy z matematyczną prawie pewnością. Pasorzyty trzeciaczkowe znikają ze krwi, jak już wspomniałem w ciągu 1—2 dni, czwartaczkowe w ciągu dni kilku,

[1]) La rifor. med. 1892. N. 3. Ref. Centrbl. für Bakteriol. tom XI. 577.

[2]) La rif med 1893. N. 22 i 1894. N. 84 i 85. Ref. Centr. f. B. tomy XIV. 29. i XVII. 687.

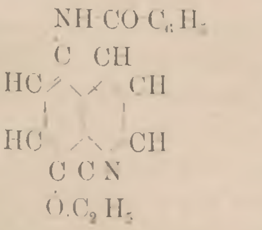
[3]) Dtsch. med. Woch. 1898. N. 8.

[4]) Die neueren Arzeneimittel. Wien 1895. 239.

półksiężyce mogą się utrzymywać przez 2—3 tygodni. Napady gorączkowe ustępują przy trzeciaczce i czwartaczce w ciągu doby, przy długoodstępowych gorączkach, zależnych od rozwoju półksiężyców, w ciągu dni co najwyżej pięciu. Z naszego, bardzo licznego i różnorodnego, materyału klinicznego wynikałoby więc, że niema gorączki zimniczej, któraby się mogła opierać działaniu chininy dłużej, jak przez dni kilka.

II. Analgen.

Analgen wytworzony został przez Visa. Jego nazwa chemiczna brzmi: *ortho-aethoxy-ana-monobenzoylamidochinolinum.*



Jestto biały krystaliczny proszek, nierozpuszczalny w wodzie, bez smaku.

W ustroju ulega rozkładowi, częściowo zaś, po odszczepieniu kwasu bedźwinowego i połączeniu się z kwasem moczowym, przechodzi do moczu, nadając mu barwę krwawo-czerwoną.

Loebel i Vis [5]) wprowadzili go pierwotnie do terapii, jako środek przeciwbólowy i przeciwgorączkowy i, jako taki, był on stosowany przez wielu autorów z mniejszym lub większym skutkiem. Niespełna przed rokiem prof. Scognamiglio z Neapolu [6]) zalecił go zaś do leczenia zimnicy, opierając się na 40 spostrzeżeniach. Dawka wynosi 0·5—1·5 trzy razy dziennie.

Ja podawałem analgen tylko w jednym przypadku czwartaczki, wynik leczenia był jednak tak uderzająco ujemnym, że dalszych prób zaniechałem.

J. D. lat 5, ciężar ciała 15,000, napady gorączkowe w dniach 12, 15 i 18/XI. 1897, ze wzniesieniami ciepłoty do 39·2, 40·0 i 40·7°. Po ostatnim napadzie znaleziono około 12 pasorzytów na 10.000 ciałek czerwonych (50 pól widzenia). Dnia 19/XI. zaczęto podawać analgen 2 razy dnia po 0·5 i odstawiano go tylko w tych dniach, kiedy się miały pojawić napady, aby wykluczyć działanie przeciwgorączkowe. Otóż napady nie zostały usunięte. W dniu 21/XI. gorączka 40·6° utrzymywała się dłużej, aniżeli przy poprzednim napadzie, zaś 24/XI. dosięgła 41·2°. Ilość pasorzytów we krwi nietylko się nie zmniejszyła, ale znacznie wzrosła i wynosiła po pierwszym napadzie 20, po drugim 25 na 50 pól widzenia. Podano ostatecznie euchininę.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

O wartości odżywczej i leczniczej mleka, a w szczególności krakowskiego mleka potrójnego i podwójnego

podał

Dr. Roman Rencki,

asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Wychodząc z zasady, że dobre mleko w wielu przypadkach chorobowych należy uważać już nietylko jako dobre pożywienie, ale często jako środek leczniczy, nadający się dobrze do użytku szpitalnego i klinicznego (tem więcej, że do zakładów tych dostarczane mleko nie zawsze celuje dobrocią, a dowodem tego kilkakrotne badania mleka dla chorych w klinice lekarskiej lwowskiej, wykazujące zawartość tłuszczu 1·7—1·9%), przedsięwziąłem na polecenie prof. Gluzińskiego szereg prób z mlekiem wielokrotnem, podając je chorym stałym kliniki lekarskiej. Podawanie mleka tego nie napotykało na trudności, albowiem filia lwowska firmy mleczarni p. Dobrzyńskiej ofiarowała się dostarczać bezinteresownie dowolną ilość zapotrzebowanych flaszek (15—20 dziennie) przez nieograniczony czas, co z całem uznaniem podnieść tu należy.

Mleko wielokrotne dostarczane bywa w ½ litrowych flaszkach, a na żądanie mleczarnia dostarcza go i w ilościach mniejszych (250 grm.); szczelne zamknięcie flaszek chroni go od zanieczyszczenia. Badania kilkakrotne dostarczanego mleka na zawartość tłuszczu zapomocą butyrometru Gerbera, wykazują nieznaczne tylko wahania; ilość tłuszczu w mleku potrójnem wynosi 9·9%—10·1% czyli średnio 10%; w podwójnem 6·7—6·8%. Badania bakteryologiczne, jakie od czasu do czasu przedsiębrano, wykazały skąpą tylko ilość bakteryj w 1 sześc. ctm. (30—70) w mleku jednorazowo wyjałowionem, a płytki z mlekiem dwukrotnie wyjałowionem okazały się zupełnie jałowe. Jak dobrze przechowuje się to mleko, świadczą o tem próby z mlekiem stojącem od 2-ch tygodni: mleko to okazało się zupełnie niezmienionem w smaku, a przytem wolnem od drobnoustrojów.

Chorym podawano mleko przeważnie potrójne, używając podwójnego tylko w pierwszych dniach, lub wyjątkowo osobom, które go chętniej przyjmowały. Część chorych, pijących mleko, dostawała nadto swą zwykłą dyetę dzienną, inni pozostawali często prawie na wyłącznej dyecie mlecznej (*ulcus ventriculi*, gorączka), czasami tylko z dodatkiem jaj lub somatozy. Liczba chorych, użytych do spostrzeżeń wynosiła 30, a mleko podawano przez przeciąg 2—7 tygodni. Przy piciu zwracano uwagę chorych na to, by pili mleko powoli, t. j. szklankę w przeciągu 5—10 minut. Wagę ciała oznaczano 2 razy tygodniowo, a stolec od czasu do czasu oglądano.

Przystępując do zestawienia wyników klinicznych, dla zwięzłości ograniczę się do podania przypadków wybitniejszych, zwłaszcza tych, w których mleko podawane było przez czas dłuższy.

Siedm przypadków, odnoszących się do osobników bądź zdrowych, bądź dotkniętych cierpieniami, nie wymagającemi specyalnej dyety, otrzymywało przez 10 do 14 dni, obok pożywienia, z początku po 1, a później po 2 flaszki podwójnego lub potrójnego mleka. Wszyscy bez wyjątku chętnie napój ten przyjmowali, znosili go dobrze, nie doznając żadnych przypadłości ze strony narządu pokarmowego. Stolce (1—2 dziennie) przedstawiały się prawidłowo. U tych wszystkich, u których, przy poprzedniej zwykłej dyecie, ciężar ciała utrzymywał się w równowadze, znaleziono wśród picia mleka stały przybytek 400—700 grm. tygodniowo.

W gruźlicy płuc podawano mleko krakowskie czterem chorym. Jeden z wysiękiem opłucnowym i stanem gorączkowym znosił bardzo dobrze 2 flaszki mleka podwójnego dziennie.

Franciszek L. (*Tub. pulm.*) pił od kwietnia 2 flaszki potrójnego, a od 15/IV. do tej pory 3 flaszki, z dodatkiem wody wapiennej, łyżkę do szklanki mleka; znosił dobrze obok dawnej dyety, miewał prawidłowe stolce, przybytek na wadze średnio 850 grm. tygodniowo.

---

[5]) Dtsch. med. Woch. 1892. Nr. 4.
[6]) Heilkunde 1897. X.

Wiktorya H. (*Tub. pulm.*), stan podgorączkowy, mały ale stały spadek ciężaru ciała. Od 2/3—1/IV. znosiła dobrze 2 flaszki mleka potrójnego; od 1/4 aż do tej pory 3 fl.; od 6/IV.—8/IV. wystąpiły przelewania w jelitach, rozwolnienie (3); wśród tego zmniejszono ilość mleka do 1 flaszki; od 9/IV. ponownie nadal 3 fl. z dodatkiem 1 łyżki wody wapiennej do szklanki mleka, znosiła b. dobrze, 1 stolec dziennie prawidłowy, ogólny przybytek na wadze $4^1/_2$ kgm., przeciętnie 750 grm. tygodniowo.

Julian H. (*Tub. pulm. pleuritis sicca* pozostaje w klinice od 10 listopada r. z. Stale tracił na wadze do 6 marca; odtąd pił z początku po 1, później po 2 flaszki mleka potrójnego, do końca marca.

Przez kilka dni podawano 3 flaszki, lecz wystąpiły kruczenia w brzuchu i lekka biegunka, która po odjęciu 1 flaszki do końca nie pojawiła się. W 3-cim tygodniu doznał chory uczucia przesycenia, łaknienie do zwykłych potraw zmniejszyło się. Zaradzono temu w ten sposób, że mleko podawano dopiero wieczorem po wyczerpaniu dyety klinicznej. Łaknienie powróciło, stolec 1 dziennie, prawidłowy; ogólny przybytek na wadze wynosi 2 kgm.

Dwa przypadki podostrego zapalenia nerek, prawie wyłącznie pozostające na dyecie mlecznej, (mleko, kaszka na mleku, jaja), przebiegały korzystnie, a ciężar ciała zmniejszał się niestosunkowo do ustępującej dużej opuchliny.

W przewlekłym nieżycie jelit (2 przyp.) 2 flaszki dziennie mleka potrójnego znosili chorzy dobrze; jeden z nich z obfitą biegunką szybko się poprawiał, a przybytek na wadze wynosił 1 kgm. tygodniowo.

Przypadek płonicy (1). Chory znosił dobrze 2, a później 3 flaszki mleka potrójnego, — choroba przebiegała bez powikłań.

Ciekawym jest łagodny przebieg duru brzusznego:

Marya O. pozostaje na następującej dyecie: 2 razy winna polewka, 3 flaszki mleka potrójnego z dodatkiem 3-ch łyżeczek somatozy dziennie. Liczba stolców zmniejszyła się z 6-ciu na 3, a ciężar ciała, po spadku gorączki, nie tylko nie podupadał, jak się to dziać zwykło zazwyczaj w pierwszych dniach, ale owszem stale się podnosił, wykazując w 2 tygodniach pogorączkowych przyrost wagi $2^1/_2$ kgm. Korzystnym bardzo był wynik podawania mleka (2 flaszki potrójnego) u rekonwalescenta po *dermatomyositis infectiosa* (Kazimierz P.), gdzie również nie wystąpiły żadne przypadłości, a przybytek na wadze wynosił 2 kgm. tygodniowo.

To samo powiedzieć można o wyniszczeniu (2 przyp.), gdzie u jednej chorej przyrost ciężaru ciała wynosił 1 klgm. tygodniowo, a drugą, z powodu zupełnego braku łaknienia, tylko 2 flaszki dziennie mleka potr., z dodatkiem somatozy, utrzymywały przez dłuższy czas przy życiu.

W zwężeniu nowotworowem jelita cienkiego (1 przypadek) zanotowaliśmy przy wyłącznej dyecie mlecznej i 4 jajach dziennie, podniesienie się ciężaru w przeciągu 3 tygodni o 1 kgm. 200 grm.

Pięciu chorych, dotkniętych zimnicą, dobrze znosiło to mleko (2 flaszki potr.) przez dłuższy czas, a pomimo kilkunastodniowego stanu gorączkowego, ciężar ciała stale się podnosił, przyrost tygodniowy wynosił 500—800 grm.

Korzystnie przebiegały wrzody żołądka (4 przyp.), gdzie chorzy przez czas dłuższy znosili bez zaburzeń dziennie 3, a nawet 4 flaszki, mleka potrójnego. W 2 z nich (Rebeka S., Katarzyna K.) wśród podawania 3 fl. mleka potr., oraz 4 jaj dziennie, przez czas dłuższy ciężar ciała utrzymywał się na tej samej wysokości. 3-ci przypadek dotyczy Karola W. (*ulc. ventr. sten. pyl. gastrect.*), który po raz drugi zgłosił się do kliniki, celem poddania się proponowanej mu dawniej operacyi. Dla podniesienia podupadłego odżywienia podawano mu przez 3 tyg., z początku 3, a później 4 flaszki mleka potr., oraz 4—6 jaj dziennie. Dyetę tę znosił bardzo dobrze, bóle i wymioty ustąpiły, zaległości naczczo w żołądku było bardzo mało, stolec prawidłowy, 1 dziennie. Przybytek na wadze 3 kgm. Chory z powodu znacznej poprawy, i tym razem nie zgodził się na zabieg operacyjny.

Aleksander B. (*ulc. ventr.*) przyjęty na klinikę 6/IV., okazuje liche odżywienie, niedokrewność, wagę ciała 49 kgm.

Dyeta: 3 flaszki mleka potr., bulion, 6 jaj, sucharki. Znosi bardzo dobrze, a od 14/IV. dopraszał się o 4-tą butelkę i odtąd pije 4 flaszki dziennie z dodatkiem 1 łyżki wody wapiennej na szklankę mleka. Bóle wkrótce ustąpiły, stan ogólny był bardzo dobry, stolec prawidłowy, raz na dobę. Ciężar ciała 20 kwietnia wynosił 52·1 kgm. czyli przyrost przeciętny tygodniowo około $1^1/_2$ kgm.

Z powyższego zestawienia przekonujemy się, że przeważna część chorych znosi dobrze mleko podwójne i potrójne, nawet przez przeciąg kilku tygodni, w ilości do 2-ch litrów dziennie. Dla dobrego smaku piją go wszyscy chętnie, a nieznaczne przypadłości zdarzają się tylko wyjątkowo przy użyciu większej ilości mleka potrójnego. Z tych podnieść tu musimy przelewanie i kruczenie w brzuchu, jakie u 2-ch naszych chorych się pojawiły. Przyjmując te ujemne strony rzeczywiście za wynik działania podawanego mleka, — być może, że były one następstwem czy to działania cukru mlekowego, czy obfitej ilości tłuszczu, — to przecież i one schodzą na plan drugi wobec tej przeważającej liczby chorych, która mleko dobrze znosiła. Zresztą w obu przypadkach, po zmniejszeniu tylko ilości mleka, biegunka ustąpiła i nie pojawiła się więcej, odkąd zaczęto dodawać wodę wapienną do mleka. Pouczeni tem doświadczeniem, dodawaliśmy częściej wody wapiennej, która rzeczywiście ułatwia znoszenie mleka. Działa ona do pewnego stopnia odkażająco a więc ograniczyć może przypuszczalne kiśnienie mleka, a w danym przypadku zobojętnia wytworzony kwas mlekowy. Stąd zaleca się bardzo, zwłaszcza u osób skłonnych do biegunki, dodatek 1—2 łyżek wody wapiennej do jednej szklanki mleka potrójnego lub podwójnego, szczególnie gdy zamierzamy podawać go w większej ilości.

W jednym z naszych przypadków (Julian H.) wystąpiło po pewnym czasie i to już przy używaniu dziennem 2-ch flaszek mleka potr., uczucie przesycenia tak, że chory zwykłej przepisanej sobie strawy nie mógł w całości spożywać. Objaw to również niekorzystny, zwłaszcza gdy nam zależy, jak właśnie w tym przypadku gruźlicy, na wzmożonem żywieniu chorego. Lecz i te niedogodności usunęliśmy w ten sposób, że podawaliśmy przez cały dzień zwykłą dyetę, a mleko dopiero pod wieczór, polecając wypijać ilość przeznaczoną (2 flaszki) z przerwami i powoli aż do uśnięcia, a w razie niewypicia i w nocy. Chory ten rzeczywiście nazajutrz cieszył się dobrem łaknieniem.

Obok łatwości, z jaką chorzy mleko to znoszą, widnieje z zestawienia naszej liczby przypadków i wielka jego wartość odżywcza. Ten stały, a nieraz bardzo wybitny przybytek na wadze, w przypadkach, w których zwykła dyeta nie mogła podnieść odżywienia, świadczy o łatwem przyswajaniu zawartych obficie składników mleka, co potwierdzają i ciągłe badania stolców, nie przedstawiających makroskopowo ani mikroskopowo żadnych nieprawidłowości.

Wielką zaletą mleka tego jest ta również okoliczność, że możemy go, jako nadmiar pożywienia wprowadzać przy niezmienionej dyecie stałej, co zawdzięczyć należy konsystencyi płynnej tego pokarmu, a co w tych przypadkach, gdzie zależy nam na wzmożonem żywieniu, nawet tuczeniu ustroju, jest niesłychanie wielkiej wagi.

Wreszcie ten szeroki zakres stosowania mleka, brak wszelkich przeciwskazań przy umiejętnem podawaniu go, przemawia stanowczo na jego korzyść i dlatego to powinno ono znaleźć powszechne zastósowanie.

Zbierając razem wyniki naszych spostrzeżeń, możemy na ich podstawie wydać następujący sąd:

1. Krakowskie mleko potrójne i podwójne, przyrządzane według wskazówek prof. Dra Jaworskiego przez mleczarnię krakowską p. E. Dobrzyńskiej, jest napojem o stałej a wielkiej wartości odżywczej, a jako dwukrotnie wyjało-

wione, chroni ustrój od nabycia tą drogą chorób zakaźnych; może być przez czas dłuższy przechowane, nie tracąc na smaku i wartości odżywczej.

2. Przeważna część chorych znosi go chętnie i dobrze w ilościach nawet 2-ch litrów dziennie, nie doznając żadnych przypadłości. Sernik mleka tego ścina się w żołądku w postaci bardzo delikatnych strzępów, tworząc płynną, do śmietany podobną zawiesinę, a opuszcza żołądek w przeciągu $1\frac{1}{2}$ godziny.

3. We wszystkich, przez nas obserwowanych przypadkach, mleko wielokrotne wpływa korzystnie na ciężar ciała chorych, a przybytek na wadze waha się pomiędzy 0·4 a 2·0 kgm.; przeciętnie 0·75 kgm tygodniowo.

4. Mleko to nadaje się do zastósowania w rozlicznych stanach chorobowych, nie znajdując z powodu swej własności niedraźnienia narządów, żadnych prawie przeciwwskazań; nadaje się szczególnie w chorobach narządu pokarmowego, nerek, w chorobach zakaźnych i w. i.

5. Celem zwiększenia ilości substancyj białkowatych mleka wielokrotnego, w przypadkach, gdzie zależy nam na ścisłej dyecie mlecznej, można go z korzyścią podawać z somatozą (3 łyżeczek dziennie), a u osobników z nader wrażliwym przewodem pokarmowym, dodatek 1—2 łyżek wody wapiennej na szklankę mleka przyczynia się do łatwiejszego znoszenia.

IV. **Oceny i sprawozdania.**

Dr. Moraczewski: **Przemiana materyi w raku i bladaczce.** (Stoffwechseluntersuchung bei Carcinom u. Chlorose). *(Zeitschrift für klinische Medicin. Band 33, Heft 5 u. 6).* p. 1.

Autor starał się wykazać, że niedokrewność, bez względu na jej pochodzenie, wywołuje jednakie zmiany w ustroju.

Poddał on doświadczeniu siedem pacyentek, z których najmniej niedokrewna miała 85% hemoglobiny, a najwięcej niedokrewna 25%. Cztery chore cierpiały na raka (85%, 50%, 35%, 25% H.), trzy na bladaczkę (60%, 40%, 25% hemoglobiny). Pożywienie było mniej więcej jednakie.

Okazało się, że im większy jest stopień niedokrewności, tem więcej ustrój zatrzymuje chloru, tem bardziej krew obfituje w chlorki. Możnaby ztąd wnosić, że wszystkie tkanki, nietylko krew, są w bladaczce „przesolone“ i tem objaśniać wielkie ilości zatrzymanego chloru, który w żaden sposób pomieścić by się nie mógł ani we krwi samej, ani tem bardziej w nowotworze. Ostatniemu mniemaniu przeczy wreszcie zatrzymanie chloru w bladaczce, która nie jest sprawą nowotworową.

Wapno zachowaniem swem przypomina chlor, zarówno co do zatrzymania w ustroju, jak i co do nagromadzenia we krwi; fosfor zaś gra zupełnie przeciwną rolę. to jest wydzielany bywa tem obficiej, im silniejsza niedokrewność i zmniejsza się we krwi w prostym stosunku do zawartości hemoglobiny.

W dalszym ciągu zauważono, że mniejszy stopień niedokrewności w raku wywołuje zmiany, które dopiero przy wyższym stopniu niedokrewności w bladaczce stwierdzić się dadzą. Naprzykład 25% hemoglobiny w bladaczce mniejsze wywołuje zmiany, niż 35% w raku.

W drugiej części swej pracy badał autor wpływ soli mineralnych, przyczem poddawał doświadczeniu chlorek sodowy i potasowy, fosforan sodowy, fosforan wapniowy, jako sole tkankotwórcze, — a azotan srebrowy — jako sól wiążującą chlor.

Wyniki były następujące: Chlorek sodowy w każdym przypadku niedokrewności zmniejsza rozkład białka, zatem i wydzielanie azotu. Podobnież wpływać może chlorek potasowy; natomiast wyżej wspomniane chlorki nie dadzą się zastąpić przez fosforan sodowy. Rola oszczędzania azotu przypada tym razem chlorkom, a nie sodowi, wbrew przypuszczeniu Biernackiego i innych. Fosforan wapniowy zachowuje się podobnie jak chlorki: oszczędza azot, zmniejsza jego wydzielanie. Azotan srebrowy wywołuje zatrzymanie chloru w ustroju i obfitsze wydzielanie fosforu i wapna. Wszystkie dotycza zarówno choroby raka, jak i bladaczki.

Ostatecznym wynikiem badań autora jest mniemanie, że zmiany spostrzegane we krwi u chorych na raka, oraz stwierdzane w przemianie ich materyi, nie są wywołane przez nowotwór, jeno są skutkiem bezkrwistości ustroju i w podobnym, acz słabszym, stopniu, występują w każdej bladaczce. *M.*

Dr. Moraczewski: **Przemiana materyi w białaczce prawdziwej i wrzekomej (leukaemia i pseudoleukaemia).** (Stoffwechselversuch bei Leucaemie u. Pseudoleucaemie. *Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. Band 150, Heft 1).*

Autor spostrzegał przemianę materyi w białaczce, u chorej, którą leczono 1⁰) oddychaniem tlenu; 2⁰) pastylkami ze śledziony; 3⁰) chlorkiem sodowym i fosforanem wapniowym; 4⁰) pastylkami z gruczołu tarczykowego. Pomiędzy okresami, z których każdy trwał tydzień, zostawiano kilka dni pauzy. Obok przemiany materyi dotyczącej azotu, chloru, fosforu i wapna, oznaczano co dnia przez siedem okresów (około 40 dni) następujace składniki moczu: mocznik, zasady ksantynowe, kwas moczowy, amoniak, siarkę, azot, chlor, fosfor i wapno. Wyniki były następujące: chora zatrzymywała bardzo dużo fosforu i azotu; chlor i wapno zatrzymywane zostają w mniejszej ilości; kwasu moczowego, amoniaku, zasad ksantynowych nie wydzielała chora nadmiernie dużo. Taki stan spostrzeżono przed użyciem lekarstw.

Podawanie pastylków ze śledziony nie wpłynęło na polepszenie stanu. Ta sama apatya ustroju, ten sam brak desasymilacyi co w pierwszym okresie. Jedynie kwas moczowy został obficiej wydzielany. Wpływ ustaje po przerwaniu leczenia.

Oddychanie tlenem wpłynęło na wydzielanie soli wapiennych, które w tym okresie nie tylko zatrzymywane nie były, ale przeciwnie, tracone kosztem ustroju. Innych zmian nie stwierdzono: wpływ ustał po przerwaniu kuracyi.

Sole mineralne *(Natri chlorati, Calcar. phosphor. aa 5.0 pro die)* wywołały ogólne podniesienie przemiany materyi, wszystkie składniki wydzielane były obficiej. Chora wykazywała mniejszą ilość leukocytów. Wpływ nie ustał po przerwaniu leczenia. W następnych dniach wydzielała chora ustawicznie więcej azotu, fosforu etc., więcej niż w okresie podawania soli.

Wpływ gruczołu tarczykowego przewyższał omówiony powyżej wpływ soli. Azot wydzielany był prawie prawidłowo; chora czuła znaczne polepszenie i stan ten przetrwał leczenie o dni parę.

Ilość ciałek białych, która w początku choroby dorównywała ilości erytrocytów, podniosła się pod wpływem pastylków ze śledziony, a opadać zaczęła przy podawaniu gruczołu tarczykowego i soli.

Drugi obserwowany przypadek dotyczył chorego, który miał wszystkie objawy białaczki wrzekomej (pseudoleucaemii). Powiększone gruczoły przy prawidłowej ilości ciałek krwi. Badanie przemiany materyi wykazało nadmierne wydzielanie fosforu, przyczem inne składniki zachowały się jak w białaczce prawdziwej. W tym przypadku nie stósowano żadnej terapii.

Z badań swoich wyprowadza autor następujace wnioski: 1⁰) Przemiana materyi wykazuje różnice pomiędzy białaczką prawdziwą a wrzekomą tylko w zachowaniu się

fosforu; zatem fosfor może być w styczności z obecnością białych ciałek we krwi i być spotrzebowany na ich wytwarzanie; 2⁰) wszelkie środki rozbijające białko, jak tyroidyna, działają skutecznie; 3⁰) sole mineralne (chlorek sodowy i fosforan wapniowy) działają w białaczce, wbrew oczekiwaniu, przyspieszająco na przemianę materyi, kiedy w innych przypadkach te same sole wstrzymują wydzielanie azotu.

M.

V. Wyciągi.

Dr. J. Babeau: **Rozmaite rodzaje wydzielania soli wapniowych u dzieci krzywiczych i różne okresy krzywicy.** *(Gazette des Hôpitaux,* 24 Marzec, 1898). Autor badał w ciągu dwóch lat na klinice w „Hopital géneral de Montpellier" mocz i kał dzieci krzywiczych, w celu określenia ilości i jakości wydzielanych soli wapniowych i przyszedł do wniosków, że

I. Zniekształtnienia krzywicze w przeważnej liczbie przypadków mogą być sprowadzone do dwóch rodzajów wydzielania soli wapniowych: a) do zwiększonego wydzielania się moczem, polegającego na niedostatecznem przyswajaniu soli w tkankach kostnych i b) do zwiększonego wydzielania kałem, skutkiem niedostatecznego wsysania soli wapniowych w przewodzie pokarmowym, przyczem mocz może te sole zawierać w prawidłowej lub zwiększonej ilości.

II. Istnieją 3 okresy krzywicy: a) okres pierwotny, w którym dziecko wydziela moczem sole wapniowe w ilości zwiększonej (rachitisme par désassimilation), lub stolcem (rachitisme par défaut d'absorption). Stan ten prowadzi do b) okresu drugiego krzywicy utrwalonej (période de rachitisme constitué); c) okres trzeci cechuje się zmianami w kościach, jako dowód przebytej krzywicy u osobników, u których odżywienie wróciło do stanu prawidłowego. W tym okresie ani mocz, ani kał nie okazują zwiększonej ilości soli wapniowych.

III. Niektóre zniekształtnienia krzywicze polegają na sprawie patologicznej która prowadzi do zgrubień i zniekształtnień kości przez zwiększenie objętości. Przyrodę i przyczynę ich ma wkrótce autor podać do publicznej wiadomości.

Dr. Bolesław Komorowski.

Dr. Goldman H.: „**Anchylostomiasis**" *(Wien. klin. Wochenschrift,* Nr. 19. 1898). Choroba ta, pierwotna w okolicach zwrotnikowych, dostała się do Europy i występuje we wszystkich kopalniach, gdzie są dostateczne warunki do rozwoju pasorzyta „anchylostomum duodenale", to jest przedewszystkiem ciepło i wilgoć.

W kopalniach węgla w Brennberg, gdzie autor jest lekarzem, zasłabł w r. 1891 górnik, u którego w klinice prof. Kahlera w Wiedniu rozpoznano „anchylostomiasis". Zjechał też na miejscu w następnym roku Zappert, który potwierdził badaniem swojem pochodzenie tej choroby. Mając sposobność spostrzegać aż 470 przypadków „anchylostomiasis", autor zdaje sprawę z tej choroby.

Objawy przypominają ciężką niedokrwność. Niektóre z przypadłości podmiotowych powtarzały się u wszystkich chorych, jak osłabienie nadzwyczajne kończyn dolnych tak, że chodzenie było niemożliwe prawie. Chorzy podawali, iż od kolan nogi mają nadzwyczaj słabe. Duszność, bicie serca, szum w uszach, ból głowy, objawy niestrawności żołądkowej również występowały u wszystkich. Najniższa liczba ciałek czerwonych w ciężkich przypadkach wynosiła 2,100.000 w mm³, stosunek białych do czerwonych 1:18, hemoglobiny w hemometrze Fleischlowym 18%. W stolcach mnóstwo jaj i samych pasorzytów; pojawienie się tych ostatnich zależało nieraz od silnie przeczyszczających środków. Krzyształy Charcot-Leydenowskie w stolcu, podawane przez niektórych autorów, jako stały składnik, nie zawsze się znajdowały.

Najlepsze leczenie osiągał autor przez podawanie tymolu (po 2 gr. na dawkę do 10 gr. na dzień w opłatkach, potem olejek rącznikowy). Santonina, tlenek miedziowy nie okazały się skutecznymi. Bardzo zaś korzystnie działał wyciąg eteryczny paproci. W następowej niedokrwności, zwykle stosowane przetwory żeleziste i arsenowe, sprowadzały szybką poprawę krwi.

Zapobiegawczo badał autor wszystkich nowych górników, przychodzących z innych kopalń i przekonał się, że zwłaszcza kopalnie węgierskie są dotknięte tęgoryjcem (anchylostomum).

Dotychczas nie wykryto gospodarza, czyli żywiciela tęgoryjca, przechowującego w sobie pośrednie stany tego pasorzyta. Autor znalazł w kale koni, używanych w kopalniach, jaja tęgoryjca i przypuszcza, że koń jest tym żywicielem, co dalsze badania autora, przy pomocy weterynarzy, mają wykazać.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

E. Deutsch: **O „symposthion".** *(Wien. m. Presse,* Nr. 19, 1898). Autor opisuje dwa przypadki zrośnięcia wewnętrznej blaszki napletka z żołędzią, które Prof. Lang nazwał powyższem mianem. Zwykle jestto wada wrodzona lub występująca po długotrwałej stulejce, a ma wielkie znaczenie w przebiegu chorób wenerycznych, gdyż powstałe skutkiem tej wady zaułki zatrzymują zazwyczaj wydzielinę i są przyczyną ciągle odnawiającego się zakażenia, szczególnie w przypadkach rzeżączki, tak, że dla wyleczenia koniecznem jest usunięcie tej choroby. Zabieg chirurgiczny jest bardzo prosty: oddzieliwszy blaszkę zrośniętą od żołędzi aż poza rowek okrężny prącia, zeszywa się szwem ciągłym wolny brzeg napletka z powierzchnią oddzieloną, poza rowkiem, a reszta powierzchni goi się przez ziarninowanie, lub, co lepiej, pokrywa się ją przyskórkiem według Thierscha, uważając jednak, aby nie nastąpiło ponowne zrośnięcie.

F. K.

Dr. Moritz Schein: **Pobudzenie wydzielania mleka przez miesienie powłok brzusznych.** *(Wiener klinische Wochenschrift Nr. 8, 1898).* Zwiększenie napływu krwi do sutków od części rodnych, drogą powłok brzusznych zapomocą miesienia musi działać korzystnie na ilość wydzielanego mleka. Metoda Scheina polega na wykonywaniu ruchów posuwających i lekko uciskających od grzebienia talerza biodrowego do sutków i wzdłuż linii białej, oburęcznie, dłonią na płask ułożoną, symetrycznie po obu stronach. Zabieg ten wykonuje on codziennie, od ½ do 1 godziny, przez kilka dni. Z tym zabiegiem łączy metodyczne głębokie oddechy i miesienie sutków bezpośrednie. Zachody te mają na celu skierowywać krew od miednicy, powłok brzusznych do skóry klatki piersiowej i do sutków.

Podczas miesienia, które można wykonać już w pierwszym dniu po porodzie, należy chronić macicę, by nie wywołać silnych kurczów, będących dla chorej nader bolesnymi. Po dokonaniu opisanego zabiegu należy zawinąć brzuch aż do wysokości przepony (na 2—12 godzin) opaską płócienną, wykonując przytem równocześnie lekki ucisk.

Dr. Bolesław Komorowski.

Petruschky: **O wydalaniu prątków durowych moczem przez ozdrowieńców z duru** *(Centrblt. f. Bact.,* XXIII. Nr. 14, 1898). Angielscy autorowie pierwsi zwrócili uwagę na wydalanie prątków durowych moczem. P. uzupełnia te doniesienia swojemi spostrzeżeniami, w których wydalenie to odbywało się w tak niezwykle wielkiej ilości, że u jednego z chorych naliczono miliony żywych prątków w jednym centymetrze sześciennym moczu. Z 50 przypadków duru brzusznego, spostrzeganych w ciągu roku 1897, stwierdzono w 3 przypadkach prątki durowe w moczu. W jednym z nich pojawiły się one bezpośrednio po krwotoku nerkowym i wtedy stwierdzano je w moczu w ciągu 2 miesięcy. W drugim przypadku pojawiły się prątki w moczu w 10 dni po ustąpieniu gorączki, bez jakichkolwiek w tym razie objawów, jak krwawienie, białkomocz. W tym przypadku stwierdzano prątki w moczu przez 10 dni. W trzecim wreszcie przy-

padku znachodziły się przez 8 dni w niezwykłej ilości prątki w moczu u chorego, w 6 dniu po ustąpieniu gorączki, również bez żadnych objawów, nawet bez śladu białka w moczu.

Nawiązując do powyższych przypadków, w których wykazywano prątki w moczu drogą bakteryologicznego badania, opowiada P. przypadek, w którym obecność prątków w moczu stwierdzono niejako drogą pośrednią. Chory durowy oddał mocz w nieobecności posługującej siostry miłosierdzia do flaszki z wina i postawił ją na stoliku obok łóżka. W kilka godzin później należało podać temu choremu wina; siostra, niewiedząc co się w flaszce mieści, spróbowała przed podaniem choremu mniemanego wina i połknęła pewną ilość niedawno oddanego moczu. Następstwem tego było, że 12 dnia zapadła na dur brzuszny.

Mając te dane przed oczyma, domaga się P., tak samo, jak tego żądali lekarze angielscy, odpowiedniego odwietrzania moczu ozdrowieńców durowych; dotychczas największy nacisk kładzie się na odwietrzanie stolców. *R.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

A. Kirstein (Berlin) zaleca do pędzlowania kłykcin sączących w jamie ustnej i w gardle wodny 5% rozczyn sublimatu, przekładając go ponad używany dotąd rozczyn lapisu. (Na oddziele Prof. Zarewicza używa się w tym samym celu od lat kilkunastu znacznie silniejszego, bo 10%, rozczynu sublimatu, ale wyskokowego; wyniki są nader pomyślne; K. nie zwrócił uwagi na to, że silne rozczyny sublimatu dają tylko wtedy dobre następstwa, gdy się ich używać umie, bo nieumiejętność lub nieostrożność w pędzelkowaniu tylko szkodę przyniesie choremu. (Przypisek referenta). F. K.

Hydrargyrol (hydrargyroparaphenylthionat), nowy środek rtęciowy przez Gantreleta (Presse med. 1897) wprowadzony, łatwo w wodzie rozpuszczalny, nie drażniący, mniej trujący, niż inne przetwory rtęciowe, posiada ten cenny przymiot, że w rozczynach białka nie sprawia osadu, a rozczyn 1:1000 wyjaławia zupełnie. F. K.

Lobit używa w róży smarowania chorobą zajętej skóry 10% rozczynem jodolu w kleinie (kolodyum) i uważa to leczenie za poronne, gdyż w ciągu 24 godzin już sprawa chorobowa ma ustępować. (Bull. gén. d. Thér. 1898, 14). F. K.

Ekajodoform, połączenie formaliny z jodoformem, ma właściwości przeciwgnilne, a używany przez Baudeliera, oddał mu nader dobre usługi w leczeniu różnych ran, nie wywołując zadrażnienia, zmniejszając wydzielinę i powodując szybki wzrost ziarniny. (Ther. Monhf., 1898, Nr. 4) F. K.

Jodipina i Bromipina, przetwory oleju sesamowego z jodem i bromem, przedstawiają własności fizykalne olejów tłustych i zawierają, pierwsza 10% jodu, druga tyleż bromu. Winternitz wykazał na zwierzętach, że tłuszcz jodowy, użyty wewnętrznie, rozchodzi się po całym ustroju, najobficiej zaś znaleść go można w wątrobie i szpiku kostnym. Doświadczenia na chorych dowodzą, że jod w tej postaci działa tak, jak jodek potasu, ale dawki muszą być niższe. Podobne wyniki otrzymano z bromem. Zapisuje się je podług następującej formuły: Rp. Jodipini 100,0 DS. 3 razy dziennie po łyżeczce lub łyżce. Podobnie podaje się brom. F. K.

Lieven polecił na Zjeździe w Moskwie nowy przetwór jodu, „jodterpinę“ (połączenie jodu z terpiną), zamiast nalewki jodowej, przewyższający ją większą zawartością jodu (50%). Płyn ten, zmięszany z wyjałowioną kaoliną, daje 1—20% proszek, zastępujący jodoform. F. K.

O. Lanz (Bern). „Przyczynek do sprawy przeszczepiania się brodawek“ (Corr. Bl. f. Schweiz. A. 1898, Nr. 9). Autor nabawił się brodawek na palcach w ten sposób, że usiłował przeszczepić brodawkę u chorego na otaczającą skórę, przez rozcieranie jej swoimi palcami; celu wprawdzie Lanz nie osiągnął, lecz ze względu na umiejscowienie brodawek na palcach, którymi się czas dłuższy brodawki chorego dotykał, stwierdza on za Jadassohnem możliwość przeszczepiania brodawek. F. K.

E. Schiff: „O przechodzeniu arsenu we włosy“ (Wien. kl. Woch., 1898, 22). Nie wiadomo dotychczas, czy arsen daje dobre wyniki w chorobach skórnych przez swe działanie ogólne, czy też wpływa na skórę miejscowo. Badanie włosów prawidłowych psa nie wykazało ani śladu arsenu; gdy jednak podczas podawania psu tego przetworu (od 0,5—6 mgr. na dzień) badano te włosy przyrządem Marsha, otrzymywano zawsze wynik dodatni; ilość jednak była za mała, aby ją było można oznaczyć ilościowo. Nie ulega więc wątpliwości, że podany na wewnątrz, arsen przechodzi do tworów przyskórkowych, z czego wnosićby można, że stosowany w chorobach skórnych, działa nie ogólnie, lecz na samą skórę. F. K.

Zentler poleca przy świerzbiączce (prurigo) kończyn dolnych: „Rp. Beta-naphtol 6,0 Ol. cadini, Sulf. praecip. aa 10,0, Mentol 1,0, Vaselin 100,0“. F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 18 maja 1898.

Przewodniczący kol. prezes prof. Dr. Jakubowski. Obecnych członków 32. Jako goście: lekarze pułkowi: Dr. Reder i Dr. Rudner.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytany i przyjęty.

I. Kol. Prezes zawiadamia, iż Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu odbędzie się stanowczo w dniu 1, 2 i 3-go sierpnia b. r.

II. Kol. Prof. Obaliński przedstawił:

1) chorego po wyłuszczeniu zwoju (ganglion) Gassera sposobem Fedora Krausego, z powodu nerwobólu nerwu trojdzielnego prawego. (Rzecz ta będzie ogłoszona w „Przeglądzie lekarskim“);

2) nerkę gruźliczą, wyłuszczoną w krakowskiej klinice chirurgicznej;

3) kamyki nerkowe, wyjęte przy pomocy nefrotomii u jednego chorego, cierpiącego na kolkę nerkową.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. Grażyński.*

Posiedzene zwyczajne dnia 1-go Czerwca 1898 r.

Przewodniczący Prezes kol. Prof. Jakubowski. Członków obecnych 23.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes zawiadamia, że krakowskie Towarzystwo techniczne zaprasza członków Tow. lek. na odczyt inżyniera starszego Ingardena, mający się odbyć dnia 6/VI. Treść odczytu: »O projekcie wodociągów krakowskich«.

I. Kol. Dr. Lewkowicz przedstawił 2 chorych z kliniki chorób dzieci Prof. Dra Jakubowskiego.

1) Chłopiec 8 lat liczący, okazuje wrzekomy przerost mięśniowy (pseudohypertrophia musculorum); objawy są następujące: znaczne wygięcie kręgosłupa w okolicy lędźwiowej ku przodowi i połączone z tem nachylenie nadmierne miednicy i podanie klatki piersiowej ku tyłowi; stanie i chodzenie z nogami rozstawionemi, chód kaczkowaty. Przy podnoszeniu się z położenia leżącego, chory nie może czynnie wyprostować kręgosłupa, lecz spina się zapomocą kończyn górnych po kończynach dolnych, jak po drabinie. Mięśnie grzbietu i kończyn dolnych mają objętość prawidłową, lub większą; zbitość ich jednak jest mniejszą, odczynu zwyrodnienia nie okazują. Choroba ma cechę postępową i kończ się zawsze niepomyślnie. Co się tyczy czynników przyczynowych, to tu zasługują na uwagę tylko wpływy dziedziczności, coby się potwierdzało i w naszym przypadku; młodszy bowiem, 5-letni, braciszek chorego, zaczyna, według podania matki, również źle chodzić.

2) Chłopiec lat 9 liczący, cierpi na wrodzoną wadę serca (morbus caeruleus). Stwierdzamy u niego następujące objawy: sinica znacznego stopnia, pałeczkowate rozszerzenie ostatnich członków palców, łatwe popadanie w duszność, powiększenie wymiarów serca i szmer skurczowy najwyraźniejszy nad mostkiem w okolicy 3-międzyżebrza, słyszalny obok tonów, a znikający prawie zupełnie przy wzmożonej czynności serca. Objawy te odpowiadałyby najlepiej nieprawidłowemu połączeniu obu komór sercowych (defectus in septo ventriculorum), z czem często wikła się mniejszego lub większego stopnia zwężenie tętnicy płucnej. Chory pochodzi z porodu bliźniaczego, jego brat jest

zdrowy. Objawy wady serca, mianowicie sinica, rozwinęły się między 3–4 rokiem życia.

II. Następnie kol. Prof. Browicz wygłosił zapowiedziany wykład: O zjawiskach krystalizacyi komórki wątrobowej i w sprawie melaninu w nowotworach barwikowych, przyczem demonstrował odpowiednie rysunki (Rzecz przeznaczona do druku).

Nawiązując do wykładu, podaje kol. Bądzyński, iż otrzymaną od Prof. Browicza część nowotworu, o którym mowa, poddał badaniu na zawartość żelaza i znalazł 3·2% Fe (po obliczeniu na ciało suche).

Jestto ilość bardzo znaczna w porównaniu do liczb, wyrażających zawartość żelaza w narządach. Żelazo to pochodzić może tylko z rozkładu barwika krwi. Znaleziona ilość żelaza wyraża szczególnie wiele, gdy zastanowimy się, jak małą ilość tego pierwiastka zawiera hemoglobina (0·33% Fe). Z obliczenia bowiem wynika, iż ilość żelaza, znaleziona w jednym gramie ciała suchego nowotworu, równająca się około 4 grm. tkanki świeżej, odpowiada około 10 gramom hemoglobiny, a więc w tak małym kawałku tkanki mięsaka około 10 grm. hemoglobiny musiało uledz rozkładowi, ażeby wydzielić znalezioną tam ilość żelaza.

Zapatrywanie prof. Browicza znajduje przeto wymowne poparcie w wynikach oznaczenia żelaza, gdyż ten rozkład hemoglobiny musiał dostarczyć materyału do wytworzenia się melaninowego barwika.

Barwik ten zdołał K. Bądzyński wyosobnić i obserwował osobliwe zachowanie się tego związku — własność rozpuszczenia się w rozcieńczonym kwasie solnym i strącanie się przy dodaniu nadmiaru tego kwasu.

Na pytanie, czy i wiele siarki związek ten zawiera, czy siarka, która według dotychczasowego mniemania jest składnikiem melaninowych związków, nie pochodzi od obcych zanieczyszczeń, które nic wspólnego z barwikiem nie mają i co to jest za związek tak w siarkę bogaty, który melaninie towarzyszy, odpowiedzieć mają dalsze badania.

Za sekretarza dorocznego: *Dr. Grażyński.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Paryż 15 czerwca.

Kolega Ciechanowski w doskonałej swej korespondencyi z Paryża poruszył w kilku zdaniach sprawę wyjazdu za granicę naszych młodych lekarzy. Sprawę tę uważam za bardzo ważną dla ogółu naszych lekarzy i chciałbym dla tego podkreślić, że się tak wyrażę, kilka zdań w korespondencyi kolegi Ciechanowskiego.

Wśród młodzieży uniwersyteckiej panuje to przekonanie, że chcąc zostać rzeczywiście dobrym lekarzem, potrzeba jaknajprędzej uzupełnić swoje wykształcenie w jednem z Zachodnio-europejskich ognisk. Wszystkie więc ambitniejsze jednostki marzą o tem, ażeby zaraz po skończeniu uniwersytetu wyruszyć do Wiednia, Berlina lub Paryża. Znaczna większość, z braku środków, zmuszona jest zostać w kraju i pracować w miejscowych oddziałach; inni, bogatsi, wyruszają szukać światła u wszelkiego rodzaju znakomitości lekarskich. Wśród tych ostatnich jest pewna liczba jednostek, którym właściwie nie tyle o naukę, ile o reklamę chodzi; ci celu swego zawsze dopną: osiadłszy gdzieś na prowincyi, będą mogli mówić, że „kształcili się zagranicą" i na poparcie tego, opowiadać będą o wejrzeniu i zwyczajach Virchowów, Kocherów, Guyonów itp. mistrzów. Tym razem jednostki te zupełnie nas nie interesują; chodzi nam tylko o tych młodych kolegów, którzy rzeczywiście chcą się czegoś nauczyć i uczciwie pracować. Im to właśnie radziłbym uważnie przeczytać korespondencyę kol. Ciechanowskiego, która być może uchroni ich od zbyt pośpiesznego wyjazdu zagranicę.

Na zasadzie moich osobistych spostrzeżeń przyszedłem do przekonania, że lekarz, kończący swe studya uniwersyteckie, niezwłocznie za granicę wyjeżdżać nie powinien, gdyż nikt się tu nim nie zajmie. Nie mogę bowiem nazwać poważną pracą zapisanie się na jeden lub dwa sześciotygodniowe kursa, jak się to na wielką skalę praktykuje w Berlinie lub Wiedniu.

Ci, którzy rzeczywiście poważnie chcą pracować, powinni przynajmniej kilka lat przed wyjazdem spędzić na miejscowych oddziałach, inaczej nic, oprócz powierzchownych, często fałszywych nawet spostrzeżeń, zawieźć do kraju nie potrafią.

W Warszawie i Galicyi posiadamy cały szereg ludzi, którzy, co do znajomości przedmiotu, ani o włos największym powagom zagranicznym nie ustępują. Dla czegoż więc nie korzystać z ich kierownictwa i chętnie udzielanej pomocy, a cisnąć się koło zagranicznych wielkości, które wcale nie interesują się osobami, stojącemi poza kliniką? Jeżeli w Warszawie, skutkiem uciążliwych warunków, nie zawsze można zadośćuczynić swoim życzeniom, to młodzi nasi lekarze, zamiast zagranicę, powinni jechać do Krakowa i Lwowa, gdzie prawie zawsze znajdą możność gruntownej i poważnej pracy. Niech będą przekonani, że na żadnej zagranicznej klinice nie nauczą się chirurgii tyle co na klinice lwowskiej lub krakowskiej.

Nie chcę bynajmniej twierdzić, że wyjeżdżać za granicę nie warto. Przeciwnie, poznawszy gruntownie dany dział, dobrze jest zobaczyć jakie metody i zwyczaje panują u obcych; lecz powinno to być uzupełnieniem, nie zaś podstawą lekarskiego wykształcenia. *Bolesław Motz.*

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Prof. Dr. Cybulski: **W sprawie reformy aptekarstwa w Austryi.** (*Ruch Społeczny*, Nr. 11, 1898).

Współczesne potrzeby ekonomiczne i humanitarne wymagają przeobrażenia się i przystósowania we wszystkich gałęziach gospodarki społecznej. Zasobność kraju jest w prostym stosunku do wytwórczej pracy ludności; do zadań więc państwa należy troska, ażeby do owocnej pracy było jak najwięcej uzdolnionych jednostek.

Wśród czynników, ubezpieczających zdrowie społeczne, aptekarstwo ciągle jeszcze ma wybitne znaczenie; to spowodowało autora do przejrzenia warunków, na których opiera się prawny byt aptek i rozejrzenia się, czy nie należałoby stósownie do potrzeb czasu, poczynić zmiany w prawnych, zwyczajowych i obrotowych warunkach dzisiejszych aptek, harmonijnie z temi reformami, które rząd i społeczeństwo zaprowadza w innych gałęziach gospodarki państwowej.

„Wadliwość dzisiejszej organizacyi aptekarstwa pochodzi ztąd, powiada prof. Cybulski, że z jednej strony, wskutek pewnego zagmatwania w ustawodawstwie, z drugiej, wskutek pewnego rodzaju protegowania przez państwo tego zawodu, apteki stały się rodzajem fideikomisów, albo tak zw. ordynacyj, przechodzących z ojca na syna, wydzierżawianych i sprzedawanych". Ta okoliczność, wraz z ograniczeniem liczby aptek, spowodowały takie stosunki w aptekarstwie, że wszelkie leki, które nabywa się w aptece, muszą być kilka lub kilkanaście razy droższe, niż są w rzeczywistości i, wskutek tego, stają się niedostępne dla znacznej części ludności.

Podług obecnych ustaw apteki w Austryi dzielą się na: 1) apteki realne, 2) personalne i 3) domowe, szpitalne, filialne. Apteki realne są własnością na równi z każdą inną i prawo ich nigdy nie wygasa; dzielą się one na tak zw. a) Realradizierte, stanowiące radykalną część domu, są własnością hipoteczną, objęte księgami gruntowemi, reprezentują więc wartość hipoteczną i mogą być sprzedawane każdemu, kto życzy kupić; b) druga kategorya aptek realnych może być także przedmiotem sprzedaży, lecz tylko zawodowcom. Apteki tej kategoryi nie posiadają wartości hipotecznej.

Tak zw. apteki personalne są otwierane na mocy osobistej koncesyi, nadają się tylko ukwalifikowanym i tylko na przeciąg życia. Zaprowadzono je w Austryi w roku 1824, w Galicyi zaś w r. 1843. Apteki personalne miały zastąpić realne. W r. 1861 podporządkowano apteki pod paragrafy 58 i 59 ustawy przemysłowej. Owoż w myśl tych paragrafów właściciel koncesyi na aptekę personalną uzyskuje prawo do jej odprzedania na równi z każdym innym warsztatem. Te i następne rozporządzenia zasadniczo zmieniły myśl pierwotnej ustawy, która dążyła do zastąpienia aptek realnych

personalnemi: obecnie wszystkie apteki de facto są realne, gdyż w praktyce znikła między niemi wszelka różnica.

Jeżeli teraz uwzględnimy, że liczba koncesyj jest ograniczoną, a uzyskanie nowej koncesyi jest połączone z wielką trudnością, to zrozumiemy dla czego wartość aptek doszła do 56 i 60 tysięcy. Zatem społeczeństwo, kupując lekarstwa w aptece, musi opłacać nie tylko pracę, materyał, lecz i odsetek od włożonego kapitału, co oczywiście musi podnosić taksę za lekarstwa. Niemniej staje się jasnem, dlaczego właściciele aptek, którzy zaangażowali znaczny kapitał, tak zawzięcie zwalczają wszelkie starania o uzyskanie koncesyi na nową aptekę. Zasadnicza ustawa określa, ażeby jedna apteka przypadała na 3 do 4 tysięcy mieszkańców; tymczasem w Austryi przeciętnie przypada 1 apteka na 17,000, w Galicyi — na 25,634, a jeśli wyłączymy Lwów i Kraków — na 28,266 mieszkańców.

Wobec tych wyjaśnień, które nam tłomaczą dobitnie dla czego lekarstwa muszą być drogie, zapytuje prof. Cybulski, czy takie zjawisko w zorganizowanem społeczeństwie można nazwać prawidłowem? na cenę autor wreszcie zgodziłby się, gdyby ta przynajmniej dawała rękojmię dobroci lekarstw, lecz pomimo takich przywilejów apteki i pod tym względem pozostawiają wiele do życzenia.

W dalszym ciągu swej rozprawy pisze prof. Cybulski, że w krajach, w których liczba aptek nie jest ograniczoną, a w zawodzie tym panuje swobodne współubieganie się, ani jeden głos nie odezwał się za powrotem do poprzedniego porządku: pod każdym względem nie dzieje się tam gorzej od chwili, w której podniesiono poziom wykształcenia zawodowego i naukowego aptekarzy i wydano szereg zarządzeń, normujących zawód aptekarski w praktyce.

Autor zwraca uwagę w dalszym ciągu na obecne przeobrażenie pojęć w dziedzinie terapii, co ma bezpośredni związek z zakresem działania aptekarza. Wobec faktu, że w naszych czasach wyrób materyałów aptecznych przeważnie przejęły na siebie fabryki, surowice zaś przyrządzają się w specyalnych zakładach naukowych; dalej, że wielka liczba lekarstw, już odważonych, przyrządza się w kapsułkach, perełkach, gniecionych kołaczykach i t. d., czynna rola aptekarza prawie w całości zamieniła się na ekspedycyjną, potrzeba reformy w tej gałęzi i przeobrażenia zadań stanowiska aptekarskiego, narzucają się same przez się.

Gdy więc państwo dąży i dążyć musi do jak największego rozszerzenia zakładów szpitalnych; skoro dzisiejszy kierunek terapii wymaga nie tylko dozoru, ale i gwarancyi rządowej dla środków, które sprzedaje apteka, co wszystko pociągać będzie za sobą wielkie nakłady pieniężne, prof. Cybulski sądzi, że państwo „nie ma racyi opłacać pośredników“, może i powinno zastąpić ich swoimi fukcyonaryuszami i dochodzi do wniosku, „że jedyną racyonalną reformą aptekarstwa byłoby upaństwowienie aptek, albo, jak n. p. w Austryi, przejęcie aptek pod zarząd poszczególnych krajów“.

Kapitał, wyłożony na wykup już istniejących koncesyj i zaprowadzenie nowej organizacyi sprzedaży leków, z biegiem czasu znakomicieby się wypłacił, a jednocześnie przyniósłby tak doniosłą korzyść społeczeństwu, jak potanienie lekarstw. Upaństwowienie aptek musiałoby pociągnąć za sobą rozwój krajowego przemysłu chemicznego, wobec tak pewnego i poważnego odbiorcy, jakim byłby kraj,

Ponieważ odpowiedzialność kierownika apteki nowego typu byłaby wielką, należy, według autora, znacznie podnieść wymagania od aptekarzy pod względem wykształcenia naukowego i zawodowego, które powinno dosięgnąć stopnia uniwersyteckiego. Prof. C. podaje szczegółowe wskazówki, według których należałoby przeprowadzić zaprowadzenie tego wydziału farmaceutycznego.

„Z chwilą, gdy apteki stałyby się instytucyami krajowemi lub państwowemi, a aptekarze tylko funkcyonaryuszami, niemającymi osobistego interesu, gdy dostawcą wszelkich środków byłby również kraj lub państwo, nie przedstawiałoby również interesu ani fałszowanie środków, ani sprzedawanie ich powyżej ustanowionej taksy. Ustałaby kurfuszerka aptekarska, sprzedaż takich środków, jak komarowe sadło, a sądzę, że przy odpowiednich instrukcyach, przy odpowiedniej fachowej organizacyi i kontroli, wobec wyższego wykształcenia samych panów aptekarzy, nadużycia nie byłyby częstsze, aniżeli w innych przedsiębiorstwach, nieraz o wiele większych, które kraj lub państwo już obecnie na siebie prowadzi“.

Przytaczamy ten końcowy ustęp w całości, gdyż streszcza on wszystkie korzyści, jakich się autor spodziewa po zaprowadzeniu proponowanej przez niego reformy.

Sprawa, poruszona przez prof. Cybulskiego jest bez zaprzeczenia wielkiej wagi i żywcem wchodzi w zakres tych usiłowań społecznych, do których zmierza nowoczesne państwo. Wprawdzie o wartości każdej proponowanej reformy rozstrzyga doświadczenie; lecz analogia z innemi instytucyami upaństwionemi daje rękojmię wykonalności upaństwowienia aptekarstwa. Uczynić ceny leków tańszemi, ubezpieczyć dobroć przetworów aptecznych, podnieść stopień naukowego i zawodowego wykształcenia aptekarzy, rozszerzyć zakres działania aptekarza, jako znawcy chemika, to zarys reformy doniosłej, której znaczenia nie zachwieją pozorne trudności, gdyż czyni ona zadość zamiarom państwa, usiłowaniom społeczeństwa i potrzebie zawodu aptekarskiego. A. K.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 7 Lipca.

Otrzymaliśmy z Poznania list następującej treści:

„Komitet gospodarczy VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu podaje niniejszem do wiadomości, że wczoraj, dnia 4-go b. m., otrzymał z Królewskiego prezydyum pismo następujące:

„Euer Hochwohlgeboren theile ich ergebenst mit, dass aus allgemeinen polizeilichen Gründen die Theilnahme von Ausländern am dem bevorstehenden Congresse polnischer Aerzte und Naturforscher unzulässig erscheint und dass ich deshalb alle Ausländer, welche sich zu demselbem einfinden sollten, im Wege polizeilichen Zwanges des Landes verweisen würde.

Ich stelle hiernach weitere Veranlassung dem Ermessen des Comitees ergebenst anheim“.

(gez.). v. *Hellmann.*

„Wobec powyższego urzędowego komunikatu Komitet Gospodarczy VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, zawiadamia wszystkich interesowanych, że Zjazd, naznaczony na dzień 1, 2, 3 i 4 Sierpnia r. b. odbyć się nie może.

Dr. Święcicki. przewodniczący. — *Dr. Jaruntowski,* generalny sekretarz.

* Dwa razy trzeba przeczytać powyżej przytoczone rozporządzenie władzy pruskiej, ażeby uwierzyć, że taki zakaz w czasie pokoju może być wydany, że może on istnieć w stuleciu, które, ku swemu schyłkowi, otoczyło szczególną opieką sprawy zdrowia publicznego, a zbiorowym zabiegom ludzi nauki udziela życzliwego poparcia.

W roku 1884 odbył się podobny Zjazd w Poznaniu: władza pruska dowodnie wonczas przekonała się, że lekarze i przyrodnicy polscy, bez wszelkiego zastrzeżenia ze strony rządu, przestrzegali ściśle naukowego kierunku rozpraw i ani jednym czynem lub słowem nie nadużyli gościnności, nie przekroczyli wyłącznie naukowych granic Zjazdu.

Wszak rząd pruski dobrze wiedział z programu zjazdowego i z ogłoszonych tematów blizko 300 odczytów, że poza nauką i na VIII-mym Zjeździe nie może być pola dla innych celów, a stanowisko i wykształcenie ludzi, mających wziąść udział w tym Zjeździe, mogło stanowić poniekąd rękojmię zoryentowania się ich w położeniu i taktownego przystosowania się do ustaw i nieszczególnych stosunków, które zapanowały w Wielkopolsce pod wpływem niesnasek rasowych. Nad domniemanemi przyczynami, które skłoniły rząd pruski do kroku, urągającego wszelkiemu prawu, nie będziemy zastanawiać się w tygodniku, poświęconym wiedzy: sądzimy jednak, że rozporządzenie prezydenta rządu w Poznaniu, zabraniające lekarzom polskim dwóch innych zaborów wzięcia udziału w Zjeździe poznańskim, jest aktem samowoli międzynarodowej, dziełem siły i przemocy, a nie prawa, słuszności lub istotnej potrzeby.

* Już tylko z obowiązku kronikarskiego podajemy dalszy spis odczytów, zapowiedzianych na niedoszły Zjazd poznański:

237) Dr. Borysowicz z Warszawy: „Wskazania do zewnątrzotrzewnowego traktowania szypuły, pozostałej po nadpochwowem odjęciu ciała macicy, wobec nowych zabiegów operacyjnych, stosowanych przy mięśniakach macicy. Sączkowanie tej szypuły, jako sposób przyspieszający zabliźnienie się rany brzusznej“. 238) Tenże: „Płatowe rozszerzenie zwężonego kanału szyi i ujścia wewnętrznego macicy“. 239) Tenże: Demonstracya preparatów. 240) Dr. Sterling z Łodzi: „Do etyologii tak zw. *strophulus infantum*“. 241) Dr. Krusche z Łodzi: „O zastosowaniu guzika Murphyego“. 242) Dr. Markowski z Łodzi: Temat zastrzeżony. 243)

Dr. Černy z Pragi: „O nowem leczeniu raka“. 244) O niedrożności jelit“: Referent prof. Dr. Obaliński z Krakowa, koreferent Dr. Skłodowski z Warszawy. 245) Prof. Dr. Jan Roszkowski z Fryburga: Temat zastrzeżony. 246) Dr. Garsztka z Bydgoszczy: „O wpływie influency na kiłę“. 247) Dr. Teofil Stachiewicz ze Lwowa: „O zapobieganiu gruźlicy płuc“. 248) Dr. F. Szymański: „Obecny stan nauki o odżywianiu się roślin uprawnych“. 249) Dr. Edward Trzciński (syn): „O wpływie lasów na klimat“. 150) Dr. Witosław Dąbrowski z Warszawy: „W kwestyi udzielania się tyfusu brzusznego od chorych“. 251) Dr. Staniszewski Władysław z Warszawy: „Przyczynek do zarośnięcia próżni macicy połogowej“. 252) Pan J. Morozewicz z Warszawy: Temat zastrzeżony z nauk mineralogicznych. 253) Pan J. Sosnowski z Warszawy: „Przyczynek do znajomości anatomii i fizyologii jądra u wymoczków“. 244) Prof. Br. Znatowicz z Warszawy: „Działanie azotanu srebra ($AgNO_2$) na pochodne haloidowe węglowodorów aromatycznych. 255) Tenże: „Notatki z praktyki chemicznej“. 256) Dr. J. Wiczkowski ze Lwowa: Temat zastrzeżony. 257) Dr Obtułowicz ze Lwowa: „Kilka uwag o urazach czaszki pod względem sądowo-lekarskim“. 258) Dr. Pomorski z Poznania: „Odcięcie główki (decapitatio) z podaniem nowego sposobu“. 259) Tenże: „Macica dwurożna, pochwa podwójna, po ciąży przed 8 laty, z okazem preparatu anatomicznego“. 260) Tenże: „Ciąża zamaciczna“. 261) „Ostateczne ujednostajnienie wyrazownictwa lekarskiego“, referenci: Dr. A. Kwaśnicki z Krakowa, Dr. Stanisław Kramsztyk z Warszawy. 262) „Sprawa błędów językowych“; referent Dr. Stanisław Markiewicz z Warszawy. 263) „Sprawa polemik“, ref. Dr. Szumlański z Warszawy. 264) „Zorganizowanie działu korespondencyj we wszystkich czasopismach“, ref. Dr. Szumlański z Warszawy. 265) „Stworzenie zbiorowych sprawozdań ze zjazdów zawodowych za granicą i w kraju“, ref. Dr. Rychliński z Warszawy. 266) „Organizacya sprawozdań dla prasy zagranicznej“, referent Dr. Rychliński z Warszawy. 267) „Sprawa poparcia polskich miesięczników i kwartalników“, ref. Dr. Janowski z Warszawy lub jego zastępca. 268) „Sprawa rozszerzenia koła czytelników istniejących już czasopism“, ref. Dr. Janowski z Warszawy, lub jego zastępca. 269) Sprawa nowych czasopism“, ref. Dr. Janowski z Warszawy, lub jego zastępca. 270) Dr. Henryk Kowalski z Tarnowa: „O wpływie zwiększonej alkaliczności krwi na oddziaływanie moczu i wydzielanie białka w albuminuryi“.

* Namiestnik zamianował lekarza powiatowego, Dra Włodzimierza Szczepańskiego, w Ropczycach lekarzem powiatowym IX klasy rangi, a asystenta sanitarnego, Dra Karola Gołębiowskiego, koncepistą sanitarnym.

* Prof. R. Koch, po powrocie z południowej Afryki, miał nader zajmujący odczyt w Berlinie. Wyłuszczył on swoje poglądy na zimnicę i zdeklarował się zwolennikiem teoryi, która przypisuje komarom (moskity) rolę roznosicieli zarazka zimnicy. Według Kocha istnieje między zakażeniem zimniczem a gorączką w Teksas powinowactwo pochodzenia. Gorączka teksaska jest swoistem cierpieniem bydła, szerzy się za pośrednictwem kleszcza (ixodus) i powiodło się Kochowi wywołać rzeczoną chorobę u sztuk zdrowych przez wszczepienie kleszcza z bydlęcia chorego. Prócz tego Koch sądzi, że osiągnął uodpornienie bydła od gorączki teksaskiej, zapomocą szczepienia jaj kleszcza, złożonych na bydlęciu chorem. Ten uodporniający pomysł Kocha otwiera nowe widnokręgi dla terapii.

Komary miałyby, według Kocha, odgrywać tę samą rolę w szerzeniu się w zimnicy u ludzi, co kleszcze w roznoszeniu gorączki teksaskiej u bydła. Komary zawsze są obficie tam, gdzie panuje zimnica i Koch stwierdził brak zimnicy w jednej miejscowości, w której właśnie nie było komarów, a natomiast istniały wszystkie inne warunki do panowania zimnicy.

Wynalezienie sztucznej odporności przeciw zimnicy ludzkiej nie wydaje się Kochowi rzeczą niemożebną. Niektórzy z krajowców są naturalnie odporni. Istnieje uzasadnione spostrzeżenie, że ludzie, którzy stopniowo pozbyli się zimnicy, bez pomocy chininy, nabywali na tej drodze odporności na resztę życia. Godzi się więc przypuścić drogą logicznego rozumowania, że i sztuczne uodpornianie przeciw zimnicy znaleźć się może.

Gdy jednak od przypuszczenia do rzeczywistości przestrzeń wielka, jest rzeczą niezbędną, powiada Koch, ażeby do krajów zimniczych udali się biegli bakteryolodzy, a to w celu czynienia dalszych poszukiwań na miejscu.

* W dniu 21 maja panowała w Galicyi ospa w 27 powiatach i 95 gminach; dur brzuszny — w 26 powiatach i 61 gminach.

* Powszechne skargi na nieczytelność recept podały myśl lekarzom amerykańskim posługiwania się pismem maszynowem systemu Remingtona. Fabryka Remingtona przygotowuje obecnie dla lekarzy specyalne maszyny, zaopatrzone we wszelkie, wymagane przez recepturę, znaki i skrócenia.

Mianowani: profesorami zwyczajnymi: Czirwiński w Dorpacie, Kołossow w Warszawie.

Nekrologia. Dr. Władysław Ostrowski, lat 63, zmarł w Rudzie Guzowskiej. Dr. Jan Nerlowski, lat 30, warszawianin, zmarł w Biznec na Morawach.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* Nr. 12: Dr. Dziewiszka B.: Dwa przypadki rozsianego zapalenia nerwów. W *Medycynie* Nr. 27: Dra Michelisa A.: Rana cięta czaszki, zadana siekierą; rozłupanie kości czołowej, częściowe wypadnięcie mózgu przez ranę kostną: następstwa tego obrażenia. Dra Neugebauera Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu*. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 27: Dra Nartowskiego M.: Dwa przypadki „Asthma uterinum“. Stróżewskiego K.: Syfilis dziedziczny, jako przyczyna chorób nerwowych.

Redakcya otrzymała:

— Doc. J. Nowak: Etude expérimentale des alterations histologiques produites dans l'organisme par les venins des serpents venimeux et des scorpions (odbitka). Paryż, 1898.

— Dr. Wolfrom: Einiges über Silber und Silbersalze (odbitka). Wiedeń, 1898.

— Dr. Langie A.: Un cas de traunatisme grave de l'oeil gauche (odbitka). Paryż, 1898.

— Dr. T. Wasylewski: Sprawozdanie c. k. lekarza powiatowego w Rohatynie o stosunkach zdrowotnych w powiecie w r. 1897. Lwów, 1898.

— Dr. Alfred Sokołowski: O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych. (Odczyty kliniczne). Warszawa, 1898.

— Prof. E. Ludwig i Dr. V. Ludwig: Die Eisensäuerlinge von Johannisbrunn in Schlesien (odbitka). Wiedeń, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 13-go b. m., o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“ (sala Śniadeckich) posiedzenie nadzwyczajne. Na porządku dziennym: Sprawa niedoszłego VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Liczny udział członków na tem posiedzeniu jest wielce pożądany.

NADESŁANE.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

KONKURS.

Wskutek rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z dnia 29 marca 1898 l. 17766, rozpisuje się konkurs na posadę lekarza okręgowego dla okręgu sanitarnego w Dąbrowicy (powiatu gródeckiego), który obejmować będzie następujące gminy i obszary dworskie: 1. Dąbrowica, 2 Wiszenka, 3. Walddorf, 4. Majdan, 5. Wereszyca, 6. Rokitno, 7. Łozina, 8. Jaśniska, 9. Stawki — czyli razem dziewięć miejscowości na obszarze 23.270 hektarów z ilością 11294 mieszkańców.

Siedzibą lekarza okręgowego będzie Dąbrowica.

Obowiązki lekarza okręgowego określa instrukcya wydana przez c. k. Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym, a mianowicie §. 14 rozporządzenia wykonawczego do ustawy z 2 lutego 1891 Dz. ust. i rozp. kraj. Nr. 82 Cz. XXII.

Tenże obowiązanym będzie utrzymywać aptekę domową.

Dla lekarza okręgowego w Dąbrowicy wyznaczona została płaca roczna 600 złr. w. a. i ryczałt na koszta podróży służbowych w rocznej kwocie 400 złr.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wykazać, iż posiadają następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego.
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość obu języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.
6) Dostateczną fizyczną zdolność.

Należycie udokumentowane podania winne być wniesione do Wydziału powiatowego w Gródku najpóźniej do dnia 31 lipca 1898.

Z Wydziału Rady powiatowej
w Gródku, dnia 8 czerwca 1898. 134—3—2

Rok XXXVII. Kraków 16. Lipca 1898. Nr. 29.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O cewkowatych utworach łącznotkankowych w ciałku szklanem.

Podał

Dr. Teodor Bałłaban,

okulista we Lwowie.

Cewkowate i stałe utwory łącznotkankowe w ciałku szklanem ludzkiego oka należą do rzadszych zboczeń. Tylko w jednej typowej postaci dają się one stosunkowo częściej spostrzegać i, jako takie, najlepiej są znane, a mianowicie jako tak zw. tętnica ciałka szklanego przetrwała (Arteria hyaloidea persistens) i przewód Cloqueta przetrwały (Canalis Cloqueti persistens), o których powstaniu chciałbym narazie tylko napomknąć kilkoma słowy, gdyż mam zamiar później jeszcze powrócić do tego przedmiotu.

W oku zarodka przebiega od nerwu wzrokowego tętnica ciałka szklanego (arteria hyaloidea), która, leżąc w przewodzie Cloqueta ciałka szklanego, mającego kształt szpary walcowatej, sięga do tylnego bieguna soczewki w ten sposób, że rozpada się tutaj na sieć naczyniową, okalającą z tyłu soczewkę, i łączącą się znowu z taką samą siecią przedniej części soczewki (praelenticularis). Wśród pewnych, bliżej nieznanych nam warunków, tętnica ciałka szklanego czasem pozostaje i trwa w życiu pozamacicznem. Po największej części zarośnięta ta tętnica może się przedstawiać pod rozmaitą postacią.

1. Jako lekko skręcona i cienka walcowata nitka, biorąca swój początek od naczyń środkowych nerwu wzrokowego, ciągnie się aż do tylnego bieguna soczewki i, w kształcie małego guzikowatego nabrzmienia, nieco odśrodkowo, przyczepia się do soczewki, lub też się rozgałęzia promienisto i przechodzi na tylnej części soczewki w bardzo delikatną siatkę, jako pozostałość zarodkowej siatki naczyniowej przyczem niejednokrotnie daje się spostrzegać zaćmienie tylnych części soczewki, tak zw. *cataracta polaris posterior congenita*.

2. Czasami zdaje się jakoby, przez wydłużenie się oka w czasie jego rośnięcia w życiu już pozamacicznem, zarośnięta ta tętnica była przerwaną i to przy samym tylnym biegunie soczewki; a wtedy jest ona przyczepioną do tarczy nerwu wzrokowego w kształcie bicza, który, zwieszając się do ciałka szklanego, gubi się w niem, lub też przechodzi w nader delikatną siatkę, ciągnącą przez ciałko szklane i zdaje się nieraz, że się kończy gdzieś aż w okolicy ciałka rzęskowego. Jeżeli się zdarzy, że tętnica jest przerwaną w jakiemś innem miejscu jej przebiegu, to widzimy również, że tak obok tarczy nerwu wzrokowego, jak i z tylnej strony soczewki, znajdują się takie sznurkowate utwory, które się z każdej strony osobno w kształcie sznurka zwieszają i wolno pływają w ciałku szklanem.

3. Czasem spotykamy pozostałości tętnicy ciałka szklanego (hyaloidea), jako zupełnie szczątkowy i zmarniały utwór w kształcie białawych lub też jasno szklistych nitek, które, wychodząc z tarczy nerwu wzrokowego, sięgają na kilka dioptryi ($^1/_2$—$1^1/_2$ mm.) w głąb ciałka szkanego i tutaj maczugowato się kończą. Ponieważ biorą one swój początek z naczyń środkowych, to musimy je uważać jako pozostałości wspomnianej tętnicy ciałka szklanego.

4. Największą ilość najbardziej zajmujących i do tych samych zboczeń należących obrazów dostarczają nam te przypadki, w których przewód, otaczający wspomnianą tętnicę ciałka szklanego, pozostaje i w życiu pozamacicznem *(Canalis Cloqueti persistens)*, a który przedstawia się jako stwardniały postronek, utworzony z tkanki łącznej, trzymający się szerokim przyczepem tarczy nerwu wzrokowego, którą przysłaniając po większej części, kończy się na tylnym biegunie soczewki. Po nim przebiegają często naczynia, a czasami pociąga on nawet ku przodowi naczynia siatkówki tak, że takowe, wychodząc z powierzchni siatkówkowej, przebiegają krótką przestrzeń po nim i potem dopiero zawracają do tarczy nerwu wzrokowego, wskutek czego ta ostatnia pozostaje jakby pod namiotem naczyniowym.

5. Tylko bardzo rzadko dają się spostrzegać pętle naczyń, osłonięte większą lub mniejszą ilością tkanki łącznej, które, biorąc swój początek z naczynia środkowego, lub też z jakiego innego naczynia tarczy nerwu wzrokowego, wznoszą się do ciałka szklanego i ztąd w kształcie pętlicy, częstokroć pokręcone w najdziwaczniejszy sposób, wracają napowrót na siatkówkę, względnie do tarczy n. wzrokowego.

Podobny przypadek, w którym się rozchodziło o nowoutworzone naczynia w ciałku szklanem, ogłosił niedawno Wachtler [1]) z kliniki prof. Borysiekiewicza w Gracu. Przytem nie wychodziły pętle naczyń z tętnicy głównej, ale z dolnej jej gałęzi w pobliżu brzegu tarczy wzrokowej.

W końcu należy przytoczyć te, jako najrzadsze przypadki, w których znajdowały się utwory cewkowate w wielkiej odległości od tarczy wzrokowej i powyżej plamki żółtej. Takie dwa przypadki, które są jedynie znane w dotychczasowej literaturze, opisał Mitwalsky [2]). Rozumie się, że ich powstanie należy sobie inaczej przedstawić, aniżeli genezę tych, które są przyczepione do samej tarczy nerwu wzrokowego; a chociaż są one również zboczeniem wrodzonem, to

[1]) Wachtler. Ein Fall beiderseitiger in den Glaskörper vordringender Arterienschlinge. Wien. med. Wochenschr. 1896, Nr. 10.

[2]) Mitwalsky. Zur Kentniss congenitaler Anomalieen des Augenhintergrundes. Arch. f. Augenheilkunde 1894, p. 228.

jednak nie stoją w żadnym związku z tętnicą ciałka szklanego, względnie przewodem Cloqueta.

Wszystkie te wyżej opisane utwory tkankołączne, które ja pozwalam sobie nazwać typowymi, są nam dostatecznie znane.

Inaczej rzecz się ma z innym rodzajem utworów tkanki łącznej, które, nie będąc prawdopodobnie wrodzonymi, lecz nabytymi dopiero z czasem, zdarzają się szczególnie w oczach krótkowidzów. Te postacie są dotychczas mało znane i oceniane. Należy zwrócić tylko uwagę na pracę Weckera [3]), aby się przekonać o prawdziwości mego twierdzenia.

Ze względu na trudności w rozpoznaniu, jakie podobne przypadki szczególnie lekarzowi praktycznemu mogą dostarczyć, pozwalam sobie opisać przypadek bardzo zajmujący i sądzę, że tem samem poprę równocześnie patologię tych, w ogólności nie zbyt częstych, postaci chorobowych oka.

Przed niedawnym czasem przyszedł do mnie 70cio-letni kolega z prośbą o zbadanie. Będąc od dzieciństwa krótkowidzem w wysokim stopniu, zauważył on dopiero od lat kilku wzmagające się znaczniejsze upośledzenie bystrości wzroku, które wybitniej wystąpiło po przebytym udarze mózgowym.

Obydwa oczy o budowie, cechującej dla krótkowidzów, zewnętrznie nie przedstawiają zresztą żadnych zmian, źrenice są równomierne i oddziaływają miarowo. Tarcza nerwu wzrokowego obu ócz jest otoczoną obrączkowatym garbiakiem tylnym, który, będąc najszerszym w kierunku ku nosowi, dosięga tutaj szerokości samej tarczy nerwu wzrokowego. Miejsce wychodzących naczyń z tarczy jest przesuniętem w kierunku ku skroni, zaś naczynia same zwracają się ku nosowi (situs perversus vasorum). Naczynia, a mianowicie żyły, są bardzo porozszerzane, tętnice tarczy wzrokowej mają po obu stronach szerokie smugi (Begleitstreifen).

Dno oka przedstawia rozległe zmiany barwikowe. Wszystkie te zmiany uderzają bardziej w oku lewem, aniżeli w prawem. Podczas gdy przy badaniu oka prawego widzimy w ciałku szklanem nieregularne, nitkowate i siatkowate poplątane męty, w ciałku szklanem oka lewego znajduje się utwór tkanki łącznej dziwnej postaci. A mianowicie, w środkowej części ciałka szklanego i to bliżej tarczy nerwu wzrokowego, dostrzegamy utwór powstały z cewek przeświecających o podwójnych zarysach (contourirt), które chwilami połyskują podobnie jak szkło. Utwór ten, zbliżony podobieństwem do przewodów półkolistych ślimaka (canales semicirculares cochleae), przy spokojnem zachowaniu się pacyenta zwraca się swoją powierzchnią ku badającemu; zaś, przy poruszeniu okiem, odbywa odpowiedni ruch, nie zmieniając jednak miejsca w ciałku szklanem (nie pływa).

Cewki, z których się składa ten utwór, są po większej części równomiernie zaokrąglone, lub też lekko zaostrzone; zaś z dolnego ich brzegu ciągną wiązkami szkliste nitki w kierunku do górnych i zewnętrznych części ciałka szklanego i gubią się w okolicy ciałka rzęskowego, a połączenia tego utworu nie można wykazać ani z tarczą nerwu wzrokowego, ani też z tylnym biegunem soczewki.

Prócz ogólnego zwapnienia tętnic, niema żadnego cierpienia.

V. c. oc. sin. (liczy palce 3 m.) 5/30 — 5·5 Snell 0·6 V. c. oc. dex. (liczy palce 4 m.) 5/20 — 4·5 Snell 0·5. Pole widzenia dla barwy białej i innych jest prawidłowe.

Rozchodzi się zatem w tym przypadku z całą pewnością o nieprawidłowy i rzadki cewkowaty utwór z tkanki łącznej w oku krótkowidzącem, nad którym pozwolę sobie poniżej jeszcze zastanowić się, mianowicie, czy ma być on uważanym za wrodzony, czy też jako nabyty. Główny powód dlaczego tego rodzaju zmiany mogą zająć całą uwagę lekarza leży w tem, że dają one łatwo sposobność do zamiany z innymi niebezpiecznymi stanami chorobowymi oka. Tak też i mego chorego badał przed bardzo wielu laty lekarz i zwracał uwagę jego na to, że ma w oku robaka. To przypuszczenie mogło tem bardziej mieć swoje uzasadnienie, że chory sam, będąc lekarzem, wyraził się i wobec mnie, że ma to uczucie, jakoby przy poruszeniu okiem, w oku pływał robak. Rozumie się, że w tym przypadku mogłaby być mowa li tylko o nitkowcu (filaria loa). Właśnie Wecker [4]) w pracy swojej zwraca uwagę na to, że możliwość takich błędów rozpoznawczych nie da się stanowczo wykluczyć. I tak miał Fano znaleść nitkowca, którego Wecker rozpoznał później jako szczątkową tętnicę ciałka szklanego przetrwałą (Arteria hyaloidea persistens). Tenże autor zwraca sam na to uwagę, że branie cewkowatych utworów tkanki łącznej za wnętrzaki niejednokrotnie się zdarza, a zarazem poucza, w jaki sposób należy się wystrzegać podobnych błędów, a mianowicie powiada: „Denjenigen, welche Fälle von persistierender Art. hyaloidea oder Canalis hyaloideus zu beobachten Gelegenheit gehabt haben, wird es im Gedächtniss geblieben sein, wie leicht schlängelnde Windungen an derartigen Gebilden zu beobachten sind, selbst bei so geringen Bewegungen des Auges, dass solche dem Beobachter entgehen. Ferner können bei sehr flüssigem Glaskörper fadenförmige Trübungen den Glaskörper durchlaufen, selbst bei dem allergeringsten Schwanken des Kopfes. Auch ist es durchaus nicht leicht seine Aufmerksamkeit zu theilen und gleichzeitig die Stabilität des Auges und die Beweglichkeit eines in demselben beobachteten Körpers zu kontrolieren; das möge von denen in Erwägung gezogen werden, welche auf die Entdeckung neuer Filarien im Glaskörper ausgehen gesonnen sind“

(Dokończenie nastąpi).

[3]) Wecker. Die Erkrankungen des Uvealtractus und des Glaskörpers. Handbuch von Graefe-Soemisch p. 699—703.

[4]) l. c. p 714.

II. O objawie paluchowym

(phénomène des orteils).

Wykład kliniczny w szpitalu »Pitié« w Paryżu

przez

Dra J. Babińskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

Obecnie pragnę Panom wymienić niektóre cierpienia układu nerwowego, w których objaw paluchowy zdaje się nigdy nie występować. Nie spostrzegłem tego objawu nigdy w histeryi, w żadnej z postaci zaburzeń ruchowych, w jakich ta nerwica się objawia, czy to więc w porażeniu połowiczem, czy w paraplegii histerycznej, czy to w porażeniach wiotkich, czy też w przykurczeniach tej przyrody. Nie widziałem tego objawu również w przypadkach pierwotnych postępujących zaników mięśniowych (myopathia progressiva prim.), jak i w przypadkach zapaleń nerwów obwodowych, które miałem sposobność spostrzegać. Nie zauważyłem też objawu paluchowego w „poliomyelitis anterior“, oprócz jednego przypadku tej choroby, w którym mięśnie zginacze palców stopy zupełnie zanikły; był to jednak przypadek szczególny, bo wskutek samego już usadowienia zaników mięśniowych, nie mogły oczywiście palce stopy zginać się ani odruchowo, ani pod wpływem woli. Objawu paluchowego nie spotyka się również w wiądzie rdzenia, niepowikłanym żadnem innem cierpieniem; jednakże, jak widzieliśmy,

może objaw ten istnieć w przypadkach skojarzeń wiądu z inną chorobą układu nerwowego, wywołującą na swoją rękę ten objaw, jak np. z porażeniem połowiczem z przyczyn anatomicznych, lub z „meningo-encephalitis".

Poszukując przyczyny objawu paluchowego i uprzytomniwszy sobie w tym celu całość spostrzeżeń, jakie wyliczyłem, stwierdzamy natychmiast, że to odwrócenie prawidłowej postaci odruchu podeszwowego wiąże się z rozmaitymi stanami chorobowymi ośrodkowego układu nerwowego, to jest mózgu i rdzenia kręgowego. Wszystkie te stany, które tu w grę wchodzą, chociaż pod wielu względami tak bardzo między sobą się różnią, jednakże posiadają tę wspólną właściwość, że wywołują bądźto stale, bądź też niekiedy (zależnie od rodzaju choroby), zaburzenia w czynnościach układu piramidalnego; w tych więc zaburzeniach czynności układu piramidalnego należałoby dopatrywać się źródła objawu, którym się właśnie zajmujemy. Nie czuję się jeszcze uprawnionym twierdzić, że ta zależność naszego objawu od owych zaburzeń jest konieczna, że związek ich jest nierozdzielny; jednakże to mogę oświadczyć, że we wszystkich tych przypadkach, w których spostrzegałem objaw paluchowy, związek ten albo dał się niewątpliwie wykazać przez całość obrazu klinicznego, lub przez badanie pośmiertne, albo też był bardzo prawdopodobny, albo w końcu co najmniej możliwy i że ani razu nie spostrzegałem objawu paluchowego tam, gdzie układ piramidalny był stanowczo i niezaprzeczenie nietknięty.

Spostrzeżenia moje dowodzą, że przyczyną objawu paluchowego może być zaburzenie czynności układu piramidalnego bez względu na to, jak długo ono trwa, z jakiem przebiega natężeniem i jak jest rozległe. Stwierdziłem bowiem ten objaw zarówno w porażeniach połowiczych bardzo dawnych, jak i zupełnie świeżych, zarówno w tych przypadkach, w których włókna nerwowe dróg piramidalnych były zupełnie zniszczone, jak i w tych (jak n. p. w rozsianem stwardnieniu), w których zmiany anatomiczne są niejako tylko powierzchowne a włókna osiowe (Cylindre-axes) dróg piramidalnych jeszcze się zachowały, zarówno wreszcie u tych osobników, u których zmiany dróg piramidalnych były bardzo rozległe, jak i u tych, u których one zajmowały niewielką przestrzeń.

Wypada więc z naciskiem zaznaczyć, że objaw paluchowy, wskazując na istnienie zaburzeń w układzie piramidalnym, nie daje jednak żadnych danych odnośnie do ciężkości tych zaburzeń. Może on istnieć w porażeniach bardzo lekkich, w przypadkach uleczny̨ch i może znikać po wyzdrowieniu; może pojawiać się przejściowo w padaczce częściowej, w zatruciu strychniną; zdaje się nawet, że może on niekiedy być jedyną wskazówką istnienia owych zaburzeń. I przeciwnie, objaw paluchowy może zupełnie nie wystąpić u chorych, których układ piramidalny jest siedzibą głębokich zmian. Przeciwieństwo jest tak uderzające, że mimowolnie zapytać się przychodzi, czy powstanie objawu paluchowego nie zależy w istocie od zaburzeń w pewnych szczególnych tylko odcinkach układu piramidalnego? Pod tym względem nie można jednak wygłaszać stanowczego i wyczerpującego sądu.

Z tego, co wyżej powiedzieliśmy wynika, że objaw paluchowy łączy pewien stosunek z wygórowaniem odruchów ścięgnistych i drganiem padaczkowatem, które zależą często od zmian w układzie piramidalnym, lecz że ten stosunek nie jest ścisły i nierozdzielny. Często mianowicie zbiegają się te objawy u jednego osobnika, co właśnie mogliśmy stwierdzić u większości przedstawionych przezemnie chorych. Z drugiej jednak strony, mogą objawy te istnieć osobno, jeden bez drugiego; w istocie, jak to widzieliśmy, może brakować objawu paluchowego na kończynie dolnej, dotkniętej porażeniem spastycznem z wygórowaniem odruchów ścięgnistych i drganiem padaczkowatem stopy, tak jak i odwrotnie, można spostrzegać bardzo wyraźny objaw paluchowy w takich przypadkach, w których pomimo zmian w obrębie układu piramidalnego, odruchy ścięgniste są prawidłowe lub słabsze od prawidłowych, bądźto dlatego, że zmiana jest świeżej daty, bądź też dlatego, że skojarzyła się ze zmianami tylnych korzonków rdzenia.

Ciekawą rzeczą byłoby wiedzieć, czy w przypadkach porażeń kończyn dolnych wywołanych przez takie zmiany rdzenia, które sprawiają zupełną poprzeczną przerwę wszystkich dróg rdzeniowych, gdzie, pomimo zwyrodnienia następowego sznurów bocznych, odruchy ścięgniste są na kończynach dolnych zupełnie zniesione, jak to Bastian stwierdził, — otóż czy w przypadkach tego rodzaju zdarza się objaw paluchowy? Nie mając sposobności spostrzegać podobnych przypadków w tym okresie czasu, w którym zajmowałem się badaniami objawu paluchowego, nie mogę w tej sprawie żadnego wydać sądu.

Doniosłość rozpoznawczą objawu paluchowego widać z rozbioru spostrzeżeń, któremi się zajmowaliśmy; niema więc potrzeby szczegółowo nią się jeszcze zajmować, byłoby to bowiem powtórzeniem tego, co już powiedziałem.

Pragnąłbym jedynie zwrócić uwagę Panów, że wartość rozpoznawcza tego objawu jest szczególnie wielka w tych przypadkach, w których stan odruchów ścięgnistych nie dostarcza żadnych danych o stanie układu piramidalnego. I tak w porażeniu połowiczem z przyczyn organicznych są odruchy ścięgniste w przypadkach świeżych, jak wiadomo, wogóle albo prawidłowe albo słabsze od prawidłowych i zgodzono się ogólnie, że często niepodobna w pierwszych chwilach odróżnić porażenia połowiczego histerycznego od organicznego; w przypadkach tego rodzaju jest obecność objawu paluchowego szczególnie cenna, ponieważ na jej podstawie można odrzucić przypuszczenie histeryi. To samo odnosi się do pierwszych okresów paraplegii. Gdy zaś odruchy ścięgniste są zazwyczaj zniesione, jeżeli do zmian w układzie piramidalnym dołączają się zaburzenia w zakresie tylnych korzonków rdzenia, to obecność objawu paluchowego w przypadku wiądu rdzenia będzie doniosłą wskazówką zboczeń w układzie piramidalnym, które bez tej wskazówki pozostałyby w ukryciu.

Na początku wykładu zapowiedziałem, że będziemy się zajmować odruchem podeszwowym wyłącznie u dorosłych. Zanim skończę, pragnąłbym jednakże wspomnieć w kilku słowach o tym odruchu u noworodków. Łechcąc podeszwę noworodków, wywołuje się w stanie prawidłowym odruchowe wyprostowanie palców. Otóż, zważywszy, że układ piramidalny w chwili przyjścia na świat jeszcze się nie rozwinął, znajdujemy w tem potwierdzenie zapatrywania, iż objaw pa-

luchowy pozostaje w związku z zaburzeniem czynności układu piramidalnego.

III. **Z kliniki pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w Krakowie.**

O fenokolu, analgenie, chinopirynie i euchininie, jako środkach przeciwzimniczych

podał
Dr. Ksawery Lewkowicz,
asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 28).

III. Chinopiryna.

Laveran i Gessard w szpitalu Val-de-Grâce wprowadzili w użycie do wstrzykiwań podskórnych w zimnicy następujący roczyn:

Rp. *Chinini hydrochlor. 3,0*
Antipyrini 2,0
Aquae destill. 6,0.

Spostrzeżenie, że antypiryna zwiększa rozpuszczalność chininy, miał zrobić jakiś lekarz włoski, zresztą zjawisko było podobno już dawniej znane chemikom. Według Santessona [7]) chodzi tu o nowe łatwo rozpuszczalne połączenie chininy, któreby można nazwać chinopiryną. Autor ten przestrzega przed używaniem wewnętrznem chinopiryny, gdyż na sobie samym doświadczył on po zażyciu mięszaniny, złożonej z 0·50 chininy i 0·33 antypiryny, nieprzyjemnych skutków: podraźnienie przełyku i nosa, pokrzywka i obrzęk skóry na twarzy. Dziwnem jest, że przypady te, któreby można uważać za wyraz t. zw. idyosynkrazyi, czyli nieznoszenia chinopiryny, lub jednego z jej składników, nie wystąpiły po zastósowaniu 2 razy większej dawki podskórnie.

Wstrzykiwania chinopiryny stósowano w 4-ch przypadkach zawsze ze skutkiem pomyślnym. Przytoczę dla przykładu jedno spostrzeżenie.

J. Z., lat $8\frac{1}{2}$, ciężar ciała 20.100. Napady z gorączką 40^0 stwierdzono dnia 18 i 20/X. 1897. a we krwi znaleziono pasorzyty trzeciaczkowe. Dnia 21 i 22/X. wstrzyknięto po 1 ctm.^{3} rozczynu. Napady już się nie pojawiły, a od 23/X. do 5/XI. wynik badania krwi był ujemnym.

Do wstrzykiwań używaliśmy strzykawki i rozczynu wygotowanego; rozczyn przygotowywaliśmy sami. Jeśli się pominie samo ukłócie, to wstrzykiwania są zupełnie niebolesne; w miejscu zabiegu pojawia się jednak naciek zapalny, początkowo nieco na ucisk tkliwy, a ustępujący w zupełności dopiero po paru tygodniach. Ropn., lub innych powikłań nigdyśmy nie spostrzegali.

IV. Euchinina.

Euchinina jest chininowo-etylenowym estrem kwasu węglowego, czyli węglanem etylo-chininowym wzoru

$$CO \begin{cases} O\,C_2\,H_5 \\ O\,C_{20}\,H_{22}\,N_2\,O \end{cases}$$

Jestto biały, wiotki proszek, złożony z drobniutkich igiełek, w wodzie trudno rozpuszczalny, smaku zaledwie gorzkawego. Rozpuszcza się w rozcieńczonych kwasach, ale przybiera wtedy wybitny gorzki smak chininy. Euchinina została wprowadzoną do terapii przez Noordena. Zaleca się w stosunku do chininy tem, że prawie zupełnie nie posiada smaku gorzkiego, a przytem niema wywoływać odurzenia chinowego i niema obciążać żołądka. Do leczenia zimnicy zastósował ją pierwszy Panegrossi [8]), a u nas pisał już o niej Klein [9]). Podaje się ją w dawkach tych samych, co chlorek chininowy.

Euchininę stósowano na naszej klinice w 16-tu przypadkach. Składają się na to 6 przypadków trzeciaczki, 4 gorączek złośliwych i 6 przypadków czwartaczki. W każdym z nich euchinina działała równie pewnie, toteż przytaczanie wszystkich spostrzeżeń byłoby zbytecznem.

J. K. lat 11, ciężar ciała 24·600. Dnia 11/III. i 13/III. 1898 r. wzniesienie gorączkowe do 40·2°, we krwi bardzo liczne pasorzyty trzeciaczkowe. Dnia 14/III. wieczorem, na 12 godzin przed pojawić się mającym nazajutrz napadem. podano jednę dawkę 0,50 euchininy. Dreszcz następnego dnia już nie wystąpił, ciepłota ciała dosięgła jednak 39·6°. Tego samego dnia wieczorem i w dniach następnych nie można już było znaleźć we krwi pasorzytów, napady już się nie powtórzyły, a chory opuścił klinikę, jako zupełnie uleczony.

O. D. lat 5, ciężar ciała 15.500. Napady gorączkowe 2, 4 i 6/I. 1898 ze wzniesieniami ciepłoty ciała do 38·7, 39·8 i 40·7°. We krwi bardzo liczne małe obrączkowate pasorzyty gorączek złośliwych. Od 6/I.—14/I. podawano regularnie 2 razy dziennie po 0,50 euchininy. Dnia 7/I. było jeszcze wzniesienie gorączkowe do 39·8, odtąd jednak stan bezgorączkowy. Wynik badania krwi był od 8/I. ujemnym.

Przypadek ten może posłużyć za przykład, jak znaczne dawki znoszone są dobrze, gdyż nawet o szum w uszach nie można się było dopytać. Następny będzie dowodem, jak dawki małe podawane dłuższy czas, sprowadzają zupełne wyleczenie, nawet w przypadkach długoodstępowych gorączek.

J. D. lat 5, ciężar ciała 15,300, gorączka codzienna ze wzniesieniami do 40·4; we krwi półksiężyce i małe pasorzyty obrączkowate. Przez 8 dni z rzędu, między 17—24/I. 1898, podawano codziennie jednę tylko dawkę euchininy 0·10, coby odpowiadało 0·50 u dorosłego. Wystarczyło to do wyleczenia: stan bezgorączkowy osiągnięto w przeciągu dni pięciu, a ostatnie półksiężyce, widocznie bezpłodne, spostrzegano jeszcze w 21 dni po rozpoczęciu leczenia (7/II), późniejsze badania były już ujemne. Chory dotychczas przebywa na klinice, a nawrót choroby nie pojawił się.

F. P. lat 9, ciężar ciała 27.600, napady gorączkowe do 39·4 i 40·0° w dniach 11/XI i 14/XI. 1897, we krwi pasorzyty czwartaczkowe w liczbie około 20 na 50 pól widzenia. Dnia 15/XI. podano rano 0·50, wieczorem 1,00 euchininy. Ilość pasorzytów spadła wieczorem 16/XI na 5 w 50 polach i obniżała się stopniowo, a 19/XI. nie można ich już było odnaleźć. Mimo, że dalszego leczenia niestosowano, napady już się nie pojawiły, tylko 18/XI. było jeszcze wzniesienie do 37·5.

Korzystając ze sposobności, muszę tu zwrócić uwagę na cechujące zmiany, które się pojawiają w pasorzycie czwartaczkowym po zadziałaniu chininy, a o których w dostępnej mi literaturze nie znajduje wzmianki [10]). Napotykałem je stale we wszystkich przypadkach czwartaczki, leczonych na naszej klinice. Pojawiają się już w pół godziny, lub godzinę po podaniu leku, a utrzymują przez dni parę; z ich obecności można rozpoznać, iż chinina została poprzednio podaną, co rzeczywiście na dwóch przypadkach sprawdziłem. Zmiany

---

[7]) Dtsch. med. Woch. 1897. Nr. 36.

[8]) Gaz. degli osped. 1897. 3. X. Ref. Ther. Woch. 1897. Nr. 43.

[9]) Medycyna 1897. Nr. 48.

[10]) Nie chcę dotykać zmian, zależnych od podania chininy, opisanych już dawniej przez Romanowskiego i innych, zmian tyczących się budowy pasorzytów, a mianowicie ich jąder i dających się wykazać jedynie skomplikowanem barwieniem.

te występują najlepiej we krwi świeżej niebarwionej i na pasorzytach, wypełniających $^1/_3$—$^1/_2$ ciałka czerwonego. Przed podaniam leku pasorzyty stanowią kulki bezbarwne ze strącikami brunatnymi melaniny, rozsianymi mniej lub więcej równomiernie, głównie na obwodzie. Po zadziałaniu chininy obraz zmienia się: melanina skupia się w jednę lub parę grudek, a nawet o ile się zdaje, przechodzi częściowo do hemoglobiny, przeważna zaś część pasorzyta zupełnie melaniny nie zawiera i uderza swoją, że się tak wyrażę, nagością. Pasorzyt pozostaje przytem jednolity i zachowuje kształt kulisty, lub też rozpada się na kilka drobniejszych odłamków, pozornie nie połączonych ze sobą. Jedne z odłamków będą wtedy zawierały grube grudki melaniny, inne będą zupełnie od niej wolne. Pasorzyt może przytem zachować zdolność do wykonywania ruchów pełzakowatych.

W wypadku leczonym analgenem zjawiska opisanego nie można było zauważyć, po euchininie było zawsze bardzo wybitne. Nie ulegałoby więc wątpliwości, że obecność jego stoi w związku z wpływem leczniczym podanego środka.

Euchininę podaje się w proszkach, dzieciom rozmięszaną z jakimkolwiek płynem obojętnym, wodą, mlekiem, kawą itd. Z niekorzystnych objawów zauważyliśmy w dwóch przypadkach po podaniu euchininy, ale co prawda w dawce zbyt dużej, bo odpowiadającej 2·5 u dorosłego, dolegliwy szum w uszach i odurzenie. I euchinina może zatem wywołać te same objawy uboczne, co odpowiednia dawka chininy.

* * *

Wobec powyższych wyników ocenianie wartości leczniczej omawianych środków byłoby właściwie zbytecznem. Fenokol i analgen nie zasługują wcale na nazwę leków przeciwzimniczych. Zato pojawienie się euchininy należy powitać z radością: jestto chinina bez gorzkiego smaku.

Wstrzykiwania podskórne chininy będziemy zawsze uważali za ostateczną ucieczkę. Gdyby jednak z jakiegokolwiek powodu miały być wskazane, to bez wahania można w tym celu polecić chinopirynę.

IV. Oceny i sprawozdania.

Surowica przeciwbłonicza w świetle rozpraw w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem.

W wiedeńskiem Towarzystwie lekarskiem toczyły się na kilku ostatnich posiedzeniach ożywione rozprawy na temat surowicy przeciwbłoniczej. Ciężkie zarzuty, podniesione przeciwko surowicy przez prof. Kassowitza, wywołały żywą wymianę zdań. W obronie surowicy stanęli doświadczeni klinicyści, jak niemniej patologowie, a rozprawy prowadzone obecnie, t. j. po upływie kilku lat od czasu wprowadzenia surowicy, kiedy już, — jak się wyraził jeden z prelegentów, — przeminęła *Sturm- und Drang-Periode* dla surowicy, — nabrały większego znaczenia, były niejako powtórzeniem tego wszystkiego, co dotąd o surowicy powiedziano.

Rozprawy wywołał odczyt Docenta Dra Kretza na temat: Leczenie surowicą a śmierć z błonicy — (Heilserumtherapie und Diphterietod) — należy więc zacząć od streszczenia tego odczytu.

Kretz, prosektor szpitala Franciszka Józefa, opiera się w swoich wywodach na materyale sekcyjnym od roku 1893 do r. 1897 włącznie. Ogółem w tym czasie było chorych na błonicę w szpitalu 1989, zmarło 607, a z tego 472 skutkiem błonicy samej lub jej następstw, reszta albo została uwolnioną od sekcyi, lub też, jako przyczynę śmierci, stwierdzono inną chorobę wikłającą. Śmiertelność obliczona w odsetkach wynosiła w r. 1893 i 1894, w czasach przed surowicą, 46·4% i 40·9%; w latach następnych t. j. 1895, 1896 i 1897 — 19·7%, 15·2%, 25·5%.

Bliższe rozpatrzenie wyników sekcyi pouczyło, że na 289 przypadków sekcyonowanych w latach 1893 i 1894, stwierdzono w 60% przypadków, jako przyczynę śmierci, błonicę jako taką, — w 33% przyczyną śmierci były powikłania (zapalenie płuc, gruźlica,) — 8% choroby następowe. W czasach stosowania surowicy stosunek ten znacznie się zmienił, z powodu samej błonicy zginęło zaledwie 25%, z powikłań 50%, reszta z chorób następowych. Wynika ztąd, że znaczna część chorych nie umiera dzisiaj w pierwszym okresie błonicy; pod wpływem zastósowanej surowicy przeciwbłoniczej przebywa błonicę, lecz pewna część umiera na choroby następowe. Stosunkowo częściej niż dawniej stwierdza się na stole sekcyjnym śmierć z porażenia serca. Nowy, dawniej nieznany obraz sekcyjny, przedstawiają przypadki, w których przyczyną śmierci jest charłactwo pobłonicze, zupełnie analogiczne do tego, jakie Paltauf wywoływał sztucznie u zwierząt. Te wszystkie okoliczności, częstsza śmierć z powodu chorób następowych, to doczekanie śmierci z powodu porażenia serca, jak wreszcie nieznane dawniej charłactwo błonicze nie świadczą na niekorzyść surowicy; prawdopodobnie chorzy ci ginęli dawniej w pierwszym okresie choroby.

Stwierdzając zmniejszenie się śmiertelności wyklucza Kretz możliwość, aby zmniejszenie się to było przypadkowe. W końcu zastanawia się Kretz nad sposobem działania surowicy i sądzi, że do wyniku dodatniego po zastósowaniu surowicy, koniecznem jest także współdziałanie ustroju. — Szybkie ustępowanie (wykazane na zwierzętach) sztucznej odporności, brak nawrotów choroby, mimo obecności prątków błoniczych, wskazują na to, że ustrój zostaje surowicą pobudzony do wytworzenia czynnej odporności. Gdy błonica bardzo postąpiła i trwa dni kilka, wtedy nie pomagają nawet wielkie dawki surowicy, gdyż ustrój nie jest w stanie jej przerobić i wytworzyć czynnej odporności, dlatego też należy surowicę wcześnie stósować.

Po Kretzu zabrał głos Kassowitz: stwierdza on najpierw, że leczenie surowicą dlatego znalazło tylu zwolenników, że się mu przypisuje pewną podstawę doświadczalną, tymczasem, chociażby prątek Löfflera rzeczywiście wywoływał błonicę, czemu K. przeczy, to jeszcze o skuteczności surowicy można wątpić, gdyż leczenie surowicą tężca, dżumy, — chorób, których drobnoustrój dobrze znamy, — okazało się w praktyce bezskuteczne; tak samo nie posiada własności uodporniających surowica krów, szczepionych ospą. Ostatnie słowo przypada więc w tej sprawie doświadczeniu klinicznemu (empiryi); należy rozstrzygnąć sprawę na podstawie statystyki. Statystykę można układać w dwojaki sposób: albo zestawiać bezwzględną śmiertelność, t. j. liczbę przypadków śmierci z błonicy i porównać ją z liczbami lat dawnych i taka statystyka, zdaniem Kassowitza, byłaby jedynie miarodajną. Tymczasem najczęściej posługują się zwolennicy surowicy statystyką względną, odsetkową, a odsetek śmiertelności w tym razie jest wynikiem obliczenia z dwóch ilości: liczby przypadków śmierci i przypadków leczonych, — gdy zaś, zdaniem Kassowitza, w czasach stósowania surowicy zgłasza się do szpitali wiele przypadków lekkich, które się dawniej nieleczyły, ztąd też, przy tej samej liczbie przypadków, odsetek śmiertelności musiał się zmniejszyć. Prawdziwość wywodów swoich popiera K. liczbami, wziętemi z gradeckiego szpitala dla dzieci (Eschericha); w szpitalu tym leczono na błonicę

R. 1891	25 dzieci
R. 1892	34 „
R. 1893	38 „
R. 1894	102 „
R. 1895	177 „

w roku 1894, t. j. z chwilą wprowadzenia surowicy, zwiększa się nagle liczba leczonych chorych; widocznie przyjmowano przypadki lżejsze, leczone dawniej ambulatoryjnie. To samo stwierdzić można w klinice Heubnera, Baginskyego, najwybitniej zaś występuje ta różnica w szpitalu tryesteńskim, gdzie w r. 1892 przyjęto 78 chorych błoniczych, w r. 1893, 110; w r. 1895 aż 1283.

Zmniejszenie się tej względnej, na odsetki obliczonej, śmiertelności, powstało w ten sposób, że w ogólną sumę leczonych wliczono także przypadki lekkie, przedtem nie uważane za błonicę, któreby wyszły bez wszelkiego leczenia. Najlepiej okazuje się bezwartościowość tego rodzaju statystyki przez porównanie liczb przypadków śmierci z błonicy dawniej, a teraz; — otóż pokazuje się, że mimo pozornego zmniejszania się śmiertelności, liczba przypadków śmierci z błonicy w niektórych miastach pozostała ta sama, lub nawet znacznie się wzmogła. Tak n. p. w Tryeście umarło z błonicy w r. 1893, 222 chorych; tymczasem w jednym ćwierćroczu r. 1894, przy powszechnem stosowaniu surowicy, 140. Podobnie było w Petersburgu, Bazylei, Moskwie.

Ale nawet i odsetkowo obliczone wyniki leczenia błonicy surowicą nie są wszędzie bardzo świetne. I tak odsetek śmierci z błonicy, przy stosowaniu surowicy w szpitalu Franciszka Józefa w Wiedniu wynosi 25·5%; w klinice dzieci w Peszcie w r. 1895, 27·2%; w r. 1896, 37·7%; w innym szpitalu w Peszcie 33·3%; podczas gdy wyniki z czasów przedsurowiczych wynosiły w niektórych szpitalach 19·8% (Strassburg), 10% (Bonn), a przeciętna śmiertelność z błonicy w całych Niemczech za lata 1883—1893 wynosi 26·9%.

Zwolennicy surowicy twierdzą, — powiada dalej Kassowitz, — że kliniczne spostrzeżenia **p r z e b i e g u** błonicy, po zastosowaniu surowicy, świadczą na jej korzyść; tymczasem szczegółowy rozbiór poszczególnych objawów wcale za tem twierdzeniem nie przemawia. I tak **p o r a ż e n i a** pobłonicze występują dzisiaj częściej, niż było dawniej; niemniej częstem jest zapalenie nerek. Częściej występujące porażenia kończyn i śmierć z porażenia serca potrafili jednak zwolennicy surowicy obrócić na swoją korzyść, twierdząc, że dawniej umierali chorzy w pierwszym okresie błonicy, dziś błonicę przetrzymują, a pewna ich część ginie skutkiem zaraz z początku wytworzonych zmian w zakończeniach nerwowych, na które surowica niema wpływu. Tłomaczenie to, — według K., — znów wykazuje bezwartościowość surowicy, a z drugiej strony, nie jest dostateczne, bo nie wyjaśnia jak może nerw, uszkodzony zaraz w pierwszych dniach choroby, funkcyonować jeszcze kilka dni.

W szerszym wywodzie wykazuje K. sprzeczności, w jakie popadli klinicyści, co do wpływu surowicy na przebieg **g o r ą c z k i** w błonicy. Behring, Kossel, Baginsky, twierdzili, że gorączka opada po zastosowaniu surowicy najdalej w 24 godzin; inni, jak n. p. Ranke, Soltmann, Wiederhofer niezauważyli żadnego wpływu surowicy na przebieg gorączki; Variot i Kassowitz stwierdzili, że po zastrzyknięciu podnosi się ciepłota ciała. Zwolennicy surowicy powiadają „jeśli gorączka nieopadła, dawka surowicy była za mała", a tu dawkowanie surowicy jest do dziś nieustalone. W pierwszych czasach stosowania surowicy czytaliśmy doniesienia o znakomitych wynikach, nawet po dawkach, zawierających 200 do 500 jednostek uodporniających; a jeśli uwzględnimy to, co podniósł Ehrlich w ostatniej swojej pracy (Ueber die Werthbestimmung des Diphterieheilserums), że dotychczasowe sposoby oznaczania siły surowicy w ogóle są niepewne i nie trudno przy tem oznaczaniu o błędy, łatwo być mogło, że owe dobre skutki przypisywano wprowadzonym do krwi 60—80 jednostkom. Dziś stosujemy znacznie większe dawki, 2—5—10 tysięcy jednostek, ale też to podnoszenie dawki nie świadczy na korzyść surowicy, widocznie często dawki średnie zawodzą, a nawet sprzeciwia się wpierw wypowiedzianemu zdaniu Behringa, że skutek surowicy występuje już po 24 godzinach.

Nie uchronili się też klinicyści od sprzeczności, opisując **o g ó l n y s t a n** chorych, leczonych surowicą. Heubner po żadnem innem dotąd leczeniu niezauważył tak dobrego wpływu na stan ogólny; Baginsky zauważył, że pod wpływem surowicy zmienił się nawet charakter szpitali dla chorych błoniczych, gdyż w miejsce dawnych ciężko chorych i umierających, dziś sami ozdrowieńcy. Escherich zaś nie zauważył żadnego dodatniego wpływu na stan ogólny, a surowicy przypisuje tylko własność działania na błonę śluzową i zapobiegania w ten sposób szerzeniu się błon.

Kassowitz przeczy, jakoby surowica działała na **m i e j s c o w y p r z e b i e g b ł o n i c y**; widział on miejscowe zatrzymywanie się sprawy chorobowej i w przypadkach, leczonych bez surowicy; widział też szerzenie się błon w przypadkach, leczonych energicznie surowicą. Zdania klinicystów są i co do tego punktu niezgodne; — są nawet różnice zapatrywań klinicystów, obserwujących te same przypadki. Baginsky zauważył zatrzymywanie się sprawy chorobowej, i szybkie oddzielanie błon, podczas gdy jego asystent, Katz, na podstawie badania tych samych przypadków, wypowiada zdanie, że surowica zupełnie niewpływa na przebieg miejscowy. Widoczne ztąd, jak w podobnych spostrzeżeniach można się łudzić, jak dalece sąd zależy od podmiotowego wrażenia spostrzegającego.

Za nieprawdziwe uważa K. twierdzenie Kossela, że przy stosowaniu surowicy nie wytwarza się dławiec zstępujący (Croup descendens); zaprzecza też powtarzanemu zdaniu, że pod wpływem surowicy błony nie szerzą się na krtań, że nie tak często przychodzi do wytworzenia się zapalenia krtani błoniczego (laryngitis diphteritica) a istniejące już zwężenia często ustępują. Owe częściej dzisiaj w szpitalach spostrzegane przypadki ustępowania już rozwiniętych objawów dławca, dlatego są częściej spostrzegane w szpitalach, że dzisiaj się wcześniej do szpitala dzieci oddaje.

Najwięcej bronią zwolennicy surowicy tego zdania, że przebieg operowanych z powodu dławca przypadków, jest dzisiaj inny, że wyniki są znacznie pomyślniejsze, a byli i tacy, którzy, wobec intubacyi i surowicy, nie chcą uważać dławca w ogóle za chorobę niebezpieczną; Kassowitz i temu przeczy. Jak dawniej tak i dzisiaj trzeba nieraz 3, 5—16 razy (Bokay) wprowadzać tubus, zanim dławiec przeminie, nieraz uciec się musimy do następowej tracheotomii; przytacza w końcu, że w Tryeście zmierało z powodu dławca, w czasach przed surowicą (r. 1892) 16, (1893) 29 dzieci, a w r. 1895 aż 102.

Również nieprzemawiają za surowicą wyniki leczenia dławca w przebiegu odry; odsetek śmiertelności wynosi tu jak dawniej 70—80%. *Doc. Dr. Raczyński.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Dr. Voswinckel: **O pojawianiu się w krwi ludzkiej komórek eozynochłonnych i myelocytów w chorobach kobiecych części rodnych wewnętrznych.** *(Monatschrift für Geburtshulfe und Gynaekologie,* Tom VII, Zeszyt 4, rok 1898). Do przedsięwzięcia niniejszej pracy, zachęciły autora badania Edm. Neussera, który wykazał w roku 1892, że przy schorzeniu jajników pojawiają się we krwi kobiet myelocyty, liczba zaś komórek eozynochłonnych zwiększa się i twierdził, że objaw ten może mieć wielkie znaczenie ze względu na rozpoznawanie różniczkowe. Autor badał krew w 126 przypadkach, między którymi było 61 przypadków chorób części dodatkowych, zaś 65 chorób macicy. Badano przeważnie krew chorych, u których później wykonywano zabieg operacyjny i w ten sposób stwierdzano rozpoznanie. Krew brano do badania zawsze o tej samej porze dnia, między 11 a 1 w południe i to tak przed, jako też po zabiegu operacyjnym. Do barwienia preparatów używał autor częścią hematoksy-

liny kwaśnej Ehrlichowskiej i eozyny wodnej 2%, częścią zaś triacydu. W każdym poszczególnym przypadku oznaczał V. w odsetkach stosunek różnych postaci leukocytów względem siebie. Na podstawie swoich doświadczeń doszedł autor do następujących wniosków:

1) Skład krwi, ze względu na ilość komórek eozynochłonnych i myelocytów, był we wszystkich badanych przypadkach, w których istniało albo wyłącznie schorzenie trąbek albo mięśniak macicy lub wreszcie zapalenie jej błony śluzowej, prawidłowym. 2) W przypadkach ciężkiego schorzenia jajników, z wyjątkiem przypadków przebiegających z gorączką, jako też raków, znaleziono we wszystkich przypadkach powiększenie ilości komórek eozynochłonnych (Eosinophilie). 3) W przypadkach wielkich torbieli jajnikowych, lub ich zropienia (Eitersäcken), z następowem zwyrodnieniem jajników, w większej części przypadków, a mianowicie 10 na 18 przypadków badanych, znaleziono zwiększoną ilość komórek eozynochłonnych i myelocyty. 4) Przy rakach macicy znalazł autor, bez względu na stopień schorzenia, jużto zwiększenie już zmniejszenie ilości komórek eozynochłonnych lub nawet prawidłową ich ilość, bez myelocytów.

Piotrowski.

Schiff i Freund: **Przyczynek do leczenia X-promieniami (radioterapia).** *(W. med. Woch.*, 1898, 22, 23, 24). W przeszłym roku przekonał się F., że X-promienie, stosowane dłuższy czas, mogą wywołać zapalenie skóry, nawet w jej głębszych warstwach. Doświadczenie to podjął w dalszym ciągu S., szczególnie w przypadkach liszaja żrącego. Na mocy tych badań zaznaczają autorowie, że dawkowanie promieni Röntgena może być bardzo dokładne, że wedle woli badacza mogą one wywoływać wypełznięcie włosów (epilacyę) lub też znaczne zadrażnienie skóry, jej powierzchownych lub głębszych warstw. Dawkowanie to zależy od siły promieni i od więcej lub mniej nasilonego ich stosowania. Jeżeli chodzi tylko o pozbawienie skóry włosów, to siła prądu powinna wynosić (maximum) 2 Ampère, napięcie (maximum) $11^1/_2$ Volt, odległość 20—25 ctm., a czas trwania prześwietlania nie więcej, jak 10 minut. Gdy zaś chcemy wywołać zapalenie skóry, to zwiększamy siłę prądu (do $3^1/_2$ Ampère i $12^3/_4$ Volt) i zbliżamy rurkę do 10 ctm., a nawet bliżej. Posiedzeń zwykle nie przedłuża się znacznie (około 20 minut); miejsca zaś, które się chce ochronić od promieni, pokrywa się płytami ołowianemi. Z przypadków przez siebie leczonych opisują autorowie: 7 w celach pozbawienia włosów, a dwa przypadki liszaja żrącego. W pierwszym razie otrzymywali dobre wyniki po 17—30 posiedzeniach przy powyżej oznaczonem dawkowaniu, nie wywołując żadnych nieprzyjemnych objawów odczynowych prócz bardzo nieznacznego rumienia (erythema). W wielu przypadkach spostrzegano ciekawy szczegół, że na 1—2 dni przed wypadaniem włosów, skóra przybierała zabarwienie brunatne, które wzmagało się aż do czasu wypadania włosów, poczem szybko w 3—4 dniach znikało. Czasami spostrzegano także, szczególnie u brunetek, że włosy przed wypadnięciem stawały się śnieżno-białe, a nierówności, jak blizny lub guzki, znikały tak, że otrzymywano gładką powierzchnię skóry.

W przypadkach liszaja żrącego guzki pod wpływem promieni czerwieniały i to nawet takie, których przedtem gołem okiem nie widziano. Później guzki te wypadały i powstawały drobne, głębokie owrzodzenia, gojące się wreszcie gładką blizną, nieco zaklęśniętą.

Na mocy tych doświadczeń wyrażają autorowie nadzieję, że leczenie promieniami R. będzie miało w przyszłości zastosowanie w całym szeregu innych chorób skórnych.

F. K.

Cuhorst: **Przyczynki do operacyjnego leczenia zastarzałych, niedających się odprowadzić zwichnięć w stawie łokciowym.** *(Brunsa, Beiträge* XX). W klinice Brunsa, w okresie 20 lat, spostrzegano 50 przypadków urazowego zwichnięcia stawu łokciowego, przeważnie obu kości ku tyłowi. U 7-miu chorych musiano przystąpić do częściowego wypiłowania stawu i we wszystkich użyto pewnego, unormowanego postępowania, polegającego na tem, że z dwóch podłużnych bocznych cięć (jak cięcie Olliera p. ref.), odpiłowano dolną przysadkę kości ramieniowej na długość 4—5 ctm., pozostawiając nietkniętemi powierzchnie stawowe obu kości przedramienia.

Herman.

Heule: **Leczenie gruźlicy stawów i zimnych ropni w klinice chirurgicznej wrocławskiej.** *(Brunsa, Beiträge* XX). Nie wdając się w szczegóły po większej części nie nowe, rozrzucone w tej obszernej pracy, osnutej na bardzo obfitym materyale ze 16-tu lat, przytaczamy twierdzenia, jakie autor stawia na podstawie krytycznego rozpatrzenia i osądzenia pojedyńczych metod:

1) Konsekwentnie przeprowadzone tak zw. leczenie zachowawcze (przekrwienie bierne, wstrzykiwanie zawiesiny jodoformu w glicerynie, przyrządy ortopedyczne i t. p.), daje równie dobre wyniki, jak i leczenie doszczętne.

2) Wyniki funkcyonalne po leczeniu zachowawczem są nierównie lepsze, jak po leczeniu operacyjnem.

3) Śmiertelność po leczeniu operacyjnem jest większa.

4) Wyjątek stanowi gruźlica stawu kolanowego u dorosłych, gdzie na pierwszeństwo zasługuje wypiłowanie stawu.

Herman.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. krak.

Posiedzenie dnia 21 maja 1898 roku.

Przewodniczący Prof. Dr. E. Korczyński. — Członków obecnych 9.

1) Sekretarz zawiadamia, że odezwę, zachęcającą do brania udziału w Wystawie przyrodniczo-lekarskiej, podczas tegorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu, rozesłał Zarządom zdrojowisk krajowych i tym producentom, których wyroby i przetwory, wchodzące w zakres lecznictwa, polecone zostały przez Tow. Lek. krak.

2) Przyjęto do wiadomości pojawienie się nowego miesięcznika farmaceutycznego pod tyt. „Kronika farmaceutyczna“, wydawanego przez Towarzystwo farmaceutyczne „Unitas“ w Krakowie. Tak treść dotychczasowych zeszytów, jakoteż staranność redakcyi i poprawność języka, zasługują na uznanie.

3) Uchwalono popierać nowy tygodnik balneologiczno-literacki pod tyt. „Zdrojowiska“, wydawany przez Józefa Pisza w Tarnowie, pod redakcyą kol. Dra Wł. Mikuckiego i Wiktora Doleżana, gdyż sądząc po układzie, treści i dążności numeru okazowego, czasopismo to może wpłynąć korzystnie na rozwój i łączność zdrojowisk krajowych. W szczególności uchwalono zachęcić Zarządy zdrojowo-kąpielowe, by w czasopiśmie tem ogłaszały listy zdrojowe i zamieszczały wszelkie ogłoszenia i komunikaty.

4) Przyjęto z uznaniem do wiadomości dalsze ulepszenia, jakie w uzupełnieniu poprzednich poczynił na wiosnę b. r. zarząd zakładu kąpielowego w Swoszowicach. Do najważniejszych zaliczyć należy gruntowne oczyszczenie zdroju i zasklepienie jego na trawersach podwójnem sklepieniem betonowem, jak niemniej hermetyczne zamknięcie wejścia bocznego do zdroju, skutkiem czego nie może się ulotnić najmniejsza ilość siarkowodoru tak, że woda, według rozbioru chemicznego, zamożna w siarkowodór, bez najmniejszej utraty tego skutecznego czynnika leczniczego, doprowadzoną zostaje do wanien. Ten sposób zabezpieczenia zdroju, wskazany właścicielowi przez Komisyę przemysłowo-lekarską, a przez niego wykonany, powinien być wzorem, godnym naśladowania dla innych krajowych zdrojowisk siarczanych. Powiększa on bezsprzecznie prężność siarkowodoru w wannach. Oprócz tego zarząd zdrojowo-kąpielowy w Swoszowicach sporządził nowe podłogi w łazienkach, sprawił sześć nowych wanien metalowych, wymurował nową lodownię, odnowił mieszkania zakładowe i zaopatrzył je w znacznej części w nowe meble. Wobec tego, jak nie mniej wobec poprzednio dokonanych ulepszeń, Komisya przemysłowo-lekarska zalicza zakład kąpielowy w Swoszowicach do rzędu tych zakładów krajowych, które stale kroczą na drodze postępu.

5) Przyjęto do wiadomości, że Dr. Józef Wernicki objął kiero-

wnictwo zakładu kąpielowego w Lubieniu i że zamierza pracować nad podniesieniem i ulepszeniem środków leczniczych tego zakładu.

6) Ponieważ w ostatniem (VII) wydaniu tak wielce rozpowszechnionego przewodnika pod tyt. „Baeder Almanach“, wydawanego przez R. Morsego, niema żadnej wzmianki o naszych zdrojowiskach krajowych, uchwalono zwrócić uwagę zarządów zdrojowych, ażeby do następnego wydania dostarczyły odpowiednich opisów.

7) Przyjęto do wiadomości, że mag. farm., M. Zahradnik, zniżył cenę przeważnej części wyrabianych przez siebie kapsułek leczniczych.

8) Na podstawie naocznego badania, dokonanego przez przewodniczącego, sekretarza i Dra Lembergera, uchwalono udzielić P. mag farm., M. L. Dobrowolskiemu, dalszych wskazówek co do ulepszeń, jakie zaprowadzić należy w jego fabryce przyborów opatrunkowych.

9) Zarząd mleczarni w Śledziejowicach uchwalono zawezwać ponownie do przedkładania świadectw o stanie zdrowia krów i służby stajennej.

10) Na podstawie badania podjętego przez Prof. Bujwida stwierdzono, że kefir wyrabiany przez P. Kosmowską odpowiada wszelkim warunkom dobrego przetworu dyetetyczno-leczniczego.

11) Po zasięgnięciu opinii zawodowej P. J. Alfonsa Lippomana i na podstawie wyniku próbnej uprawy kminku, z obywatelską gotowością przedsiębranej przez administracyą dóbr Hr. Potockich w Krzeszowicach, uchwalono uprawę tej rośliny, jako rentownej, polecić zapomocą osobnej publikacyi naszym rolnikom.

12) Uchwalono zachęcić P. Mag. Farm. Bursę w Brzostku, ażeby, co do uprawy i sprzedaży roślin lekarskich, wstąpił w ślady swego poprzednika ś. p. mag. farm. Zieniewicza.

Sekretarz: *Dr. Michał Śliwiński.*

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

III.

Do ciekawej sprawy śródmacicznych zakażeń płodu przybyły w ostatnich czasach dwa kliniczne spostrzeżenia. W jednem, podanem przez Delestrea (S. B) badanie zwłok matki, która wśród konania wydała na świat płód żywy siedmiomiesięczny, wykazało obustronne zapalenie płuc, oraz zapalenie opon mózgowych, wywołane przez Fränklowskie „pneumokoki“; u płodu, który zmarł na trzeci dzień, stwierdzono również zapalenie opon i ognisko zapalne w płucach, i zarówno w tych miejscach, jak we krwi i w rozmaitych narządach, wykryto pod drobnowidem i hodowlą obecność „pneumokoków“. Drugi przypadek podali Widal i Wallich (S. B). Matka uległa na czwarty dzień po porodzie ogólnemu zakażeniu paciorkowcami, nabytemu jeszcze przy końcu ciąży; noworodek zginął w drugim dniu życia, również wskutek ogólnego zakażenia paciorkowcami. Oba te spostrzeżenia zbliżają się do przypadków śródmacicznego zakażenia ospą, podanych dawniej przez Auché i są w zupełnej zgodzie z wynikami doświadczeń na zwierzętach, które przeprowadzali swego czasu Chambrelent i Sabrazès.

Mechanizm zakażeń w ranach postrzałowych był przedmiotem sprawozdania, które złożył Broca Towarzystwu chirurgicznemu na podstawie doświadczeń Tavela (w Bernie). Sprawozdanie to nie zawierało danych nowych; opierając się na spostrzeżeniu Tavela, że kula nie odkaża się przy wystrzale i na badaniach Karlińskiego, streszczonych w r. z. w „Przeglądzie“, a dowodzących, że przy postrzałach zostają zawsze w głąb tkanin w otoczeniu kanału postrzałowego wciśnięte drobne cząstki zakażonej odzieży, stwierdził Broca, że rany postrzałowe należy w zasadzie uważać za pierwotnie zakażone. Mimo to nie należy zmieniać utartego postępowania leczniczego, wychodzącego z uznawanej dotąd teoryi, że rany postrzałowe są pierwotnie aseptyczne, a to dlatego, że wobec spostrzeżeń Karlińskiego należy uważać wszelkie usiłowania odkażenia rany za mało skuteczne, a próby Tavela na zwierzętach dowodzą, że usiłowania takie są nawet raczej szkodliwe, jak to zresztą wykazuje doświadczenie kliniczne lat ostatnich. W przypadkach bez szczególnych wskazań pozostanie więc regułą zwykły opatrunek zamykający.

O roli nerek w zakażeniu, która w ostatnich czasach była przedmiotem licznych badań doświadczalnych i u nas także, starali się Riche i Charrin (S. B.) wysnuć jakieś wnioski ze spostrzeżeń klinicznych. W czasie panującej nagminnie między choremi dziećmi na oddziele Charrina odry, z dorosłych, między którymi większość odry nie przechodziła, zakaziła się tylko jedna kobieta, dotknięta od 3 miesięcy zapaleniem nerek, która niegdyś raz już na odrę chorowała. Surowica krwi tej chorej, pomimo istniejącego „samozatrucia“ (objawy mocznicy) i obecnych w ustroju jadów zakaźnych, nie wywierała na króliki szczególnie szkodliwego działania, co Charrin stara się tłómaczyć przypuszczeniem, że albo istoty trujące zatrzymywały się w tkankach, nie przechodząc do krwi, lub też należały one do rodzajów, królikom nieszkodzących (jak to n. p. zdarza się z wilczą jagodą); zresztą, o ile można sądzić z prób, podjętych z błękitem metylenowym, przepuszczalność nerek pomimo zmian chorobowych, nie była w danym przypadku znaczniej upośledzoną [1]). Jeżeli się nie uwzględni, że nerki zachowują się być może inaczej wobec istot trujących, niż wobec samych uorganizowanych zarazków, to przypadek Richea nie zdaje się być zbyt szczęśliwie dobranym przykładem klinicznym, mającym stanąć w parze z doświadczeniami na zwierzętach, które wykazały, że upośledzenie wydzielania nerkowego ułatwia zakażenie.

Z zakażeń przewłocznych dość poczestne miejsce zajmowały w roku bieżącym badania nad gruźlicą; mimo sporej liczby nie przyniosły one jednak żadnych spostrzeżeń donioślejszego znaczenia.

Auche i Hobbs (S. B) twierdzą, że prątki gruźlicy ludzkiej można osłabić, przeprowadzając je przez żaby. Bataillon i Terre (Ac. d. Sc.) mieli zapomocą podobnego postępowania otrzymać odmianę prątka gruźliczego, niepodobną ani do gruźlicy ludzkiej, ani ptasiej, a zbliżoną do drobnoustrojów, spotykanych u niektórych zwierząt zimnokrewnych. Opierając się na tej wielopostaciowości prątka gruźliczego, sądzą B. i T., że znaczna część spostrzeżeń tak zw. „pseudotuberculose“ — jest istotną gruźlicą, wywołaną przez jakąś z licznych odmian prątka Kocha. Z doświadczeń, wykonanych z prątkiem Kocha na zwierzętach, przytoczyć jeszcze wypada podanie Martina (S. B.), że wstrzykując hodowle do jamy czaszki, można wywołać u królików i mor-

[1]) Pojęcie przepuszczalności nerek odnosi się tutaj tylko do przepuszczalności składników stałych, jak mocznika, chlorków i fosforanów. Według badań Acharda i Castaigne (S. M. H.) w przypadkach zmian przewłocznych w nerce przepuszczalność idzie pod tym względem w parze z przepuszczalnością dla błękitu metylenowego; natomiast przepuszczalność dla wody może zachowywać się zupełnie inaczej, stąd też pomniejszenie dobowej ilości moczu nie jest równoznaczne ze zmniejszeniem tak określonej „przepuszczalności“, jak i zwiększenie się dziennej ilości nie oznacza wzrostu „przepuszczalności“. Że zmiany w składzie moczu zależą istotnie od zmian „przepuszczalności“ chorych nerek, a nie od zmian przemiany materyi, dowodziłyby badania Guyona i Albarrana, dokonane przy jednostronnem schorzeniu nerki, zapomocą cewnikowania odpowiedniego moczowodu. Dla braku miejsca niepodobna wchodzić w szczegóły tych zajmujących zagadnień; opracowuje je teraz głównie Achard, badając n. p. wpływ „nieprzepuszczalności“ na powstawanie „hiperglycemii“ w moczówce cukrowej (S. M. H.), któremu zresztą Troisier (tamże) nie przypisuje większego znaczenia, stwierdzając, że w moczówce, nawet wobec białkomoczu, może „przepuszczalność“ nerek nie być zmienioną. Linossier i Barjou (S. B.) zwracają uwagę na to, że badając „przepuszczalność“ nerek zapomocą błękitu metylenowego, należy być ostrożnym we wnioskach, gdyż odczyn moczu wpływa na wyniki badania. W przypadkach „nieprzepuszczalności“ pojawia się błękit metylenowy w moczu w postaci zmienionej, jako chromogen; jednakże to samo zdarza się, jeśli mocz oddziaływuje zasadowo z jakiegokolwiek powodu. Krytyczna ta uwaga odnosi się także do badań Chaufferda i Castaigne (S. M. H.), którzy usiłują zapomocą użycia błękitu metylenowego znaleźć wskazówki rozpoznawcze w niedomodze czynnościowej wątroby.

skich świnek gruźlicze zapalenie opon mózgowych, oraz twierdzenie Richeta (S. B.), że śródkrtaniowe wstrzykiwanie wody jodowej opóźnia u psów gruźliczych przebieg choroby.

W dalszym ciągu swoich badań nad zmianami szpiku kostnego w zakażeniach, podaje Josué (S. B.), odnośnie do gruźlicy, że w przypadkach jej, nie dotyczących samego szpiku kostnego, spotyka się w nim jednak znaczne bujanie jednojądrzastych składników komórkowych i zamianę na szpik czerwony, co ma być wyrazem odczynu, związanego z obroną ustroju przeciw zakażeniu; niekiedy zdarza się okołonaczyniowe zwyrodnienie włókniste, czasem zaś skrobiawica, równocześnie ze skrobiawicą innych narządów. Zmiany te można wywołać u królików, bądź wytwarzając ogniska gruźlicze w kości, zdala od szpiku, bądź wstrzykując podskórnie tuberkulinę. Zresztą gruźlica ludzka, oprócz na Zjeździe w Montpellier, ani anatomicznie, ani klinicznie niewiele była obecnie badaną; jedynie Béclère (S. M. H.) zwrócił uwagę na częstość gruźlicy skórnej grzbietu ręki prawej w przebiegu suchot płucnych, co niewątpliwie pochodzi ztąd, że wielu chorych po kaszlu grzbietem ręki ociera usta. Zważywszy częstość zakażenia gruźlicą u ludzi za pośrednictwem mleka, zajął się Sabrazès (S. B.) badaniami doświadczalnemi nad rozwojem prątka Kocha w tem podłożu i stwierdził, że chociaż prątek gruźliczy, nawet po 3 miesiącach w najkorzystniejszych warunkach ciepłoty w mleku się znaczniej nie rozmnaża, to jednak zachowuje całkowicie swoją żywotność.

Przyczynkiem do znajomości sposobu, w jaki działa prątek Kocha poza wywołanemi przez siebie miejscowemi zmianami, na czynności ustroju, są doświadczenia Pérona (S. B.), który twierdzi, że wstrzykując do żył psa szczególnie jadowite hodowle gruźlicze, można wywołać całkowite stłuszczenie wątroby. Istotę, wydzielaną przez prątki, a działającą w ten sposób, niszczy ciepłota 100 stopni; istoty tej więc nie ma w dawnej tuberkulinie Kocha. Nawiązując do tych doświadczeń P., zauważył Charrin, że dowodzą one wielości jadów, wydzielanych przez prątek gruźliczy; zachowuje się więc on taksamo, jak to od lat dziesięciu twierdzą Charrin i Bouchard o wszystkich zarazkach, z których każdy wytwarzać ma wiele i rozmaitych jadów, różniących się między sobą zarówno chemicznie, jak i w działaniu na ustrój. Chociaż zazwyczaj działanie jednego z tych jadów, niejako głównego, występuje na pierwszy plan, to jednak owe wytwory drugorzędne, zależne nieraz od żywotności zarazka, od podłoża i t. d. mogą być powodem odmian obrazu chorobowego i zboczeń od typowego przebiegu klinicznego. N. p. w durze, obok wytworów, działających na ciepłotę ciała, przewód pokarmowy, układ nerwowy, mogą w pewnych przypadkach powstać istoty, szczególnie działające na krążenie i nadające całej sprawie pewne odrębne piętno.

Dokładniejsze badania nad takiemi właśnie odmianami jadów (toksyn), które wpływają na krążenie, przeprowadzali Charrin i Bardier (S. B.), a przekonawszy się, że objawy bywają bardzo rozmaite, bądź to przyspieszenie, bądź zwolnienie tętna, lub jego niemiarowość (arytmia), bądź podniesienie, bądź obniżenie parcia, usiłowali w dalszym ciągu rozstrzygnąć, czy w działaniu fizyologicznem istnieje przeciwieństwo między działaniem jadów a antytoksyn. Okazało się, że wprawdzie niekiedy tak jest istotnie, że n. p. jad błoniczy zwalnia czynność serca u żab, natomiast surowica przeciwbłonicza ją przyspiesza, że jednak zjawisko to nie zawsze jest stałem prawem dla wszystkich jadów i antytoksyn.

Nieznany dotychczas rodzaj jadu, o cechach chemicznych śluzu (mucyny), wykryli Charrin i Desgrez (S. B.) w hodowlach prątka ropy błękitnej. Jad ten, zdolny działać zabójczo na zwierzęta, tworzy się tylko wówczas, jeśli pożywka zawiera istoty białkowate; spostrzeżenie to budzi zajęcie zarówno ze względu na biologię bakteryj, ponieważ dowodzi, że bakterye mogą wydzielać takie same przetwory, jak pewne komórki zwierzęce i roślinne, jak i ze względu na patologię zapaleń z wypociną śluzową, nieraz bardzo obfitą nawet wówczas, gdy, zdaniem Charrina, komórki wytwarzające śluz uległy zniszczeniu lub zmianom bardzo głębokim. Rzecz byłaby tem ciekawsza, gdyby sprawdziło się twierdzenie Charrina, że nietylko prątek ropy błękitnej, ale i inne bakterye wytwarzają śluz w pożywkach, zawierających białko. Jak dotąd, przypomniał Lepierre (Ac. d. sc.), że już przed 2 laty opisał wytwarzanie prawdziwej mucyny (śluzu) przez chorobotwórczy prątek fluoryzujący i to nietylko w pożywkach, zawierających pepton, lecz i w pożywkach, złożonych z samych składników mineralnych. Zresztą co do roli bakteryj, wytwarzających śluz, w pewnych zapaleniach z wypociną śluzową (inflammations mucomembraneuses), podziela L. zupełnie zapatrywanie Charrina i Desgreza.

Zmianom anatomicznym, wywołanym doświadczalnie zapomocą dokładniej znanych jadów bakteryjnych, poświęcono również dosyć uwagi.

Pomiędzy Enriquezem i Hallionem z jednej, a Charrinem i Claudem z drugiej strony, toczyła się dłuższa rozprawa (S. B.) o zapaleniach rdzenia pacierzowego, wywołanych doświadczalnie zapomocą jadów drobnoustrojów. Oprócz sporu o pierwszeństwo, przyniosła ona ponowne stwierdzenie spostrzeżenia, że chociaż w niektórych przypadkach, pomimo wybitnych objawów klinicznych, nie można pod drobnowidem stwierdzić żadnych anatomicznych skutków działania wstrzykniętego jadu, to w innych znów razach jady drobnoustrojów zdolne są wywołać nietylko ostre ogniskowe sprawy zapalne w rdzeniu, ale także zmiany, zgodne klinicznie i anatomicznie z obrazem przewlocznych zaników mięśniowych pochodzenia rdzeniowego u ludzi (ze zmianami komórek przednich rogów rdzenia). Wkrótce potem Charrin, zawiadamiając, że podobne zmiany można wywołać zapomocą innych także jadów, przedstawił na dowód królika, u którego, pod działaniem jadu żmii, powstało porażenie spastyczne kończyn tylnych, a wiotkie przednich, oraz zaburzenia czuciowe, naczynioruchowe i odżywcze. Claude znalazł później u tego królika zapalenie miąższowe nerwów obwodowych, wybitne zwłaszcza w nerwach kończyn przednich, oraz zmiany zapalne rdzenia, najsilniej wyrażone w części lędźwiowej; w ten sposób uzyskano doświadczalnie nierównomiernie rozdzielone a równoczesne „poliomyelitis“ i „polyneuritis“. — Wogóle zmiany anatomiczne układu nerwowego, a w szczególności zmiany budowy samych komórek nerwowych w mózgu i rdzeniu, pod wpływem zatrucia, bądź jadami bakteryj, bądź truciznami mineralnemi, bądź wreszcie w tak zw. samozatruciu, weszły obecnie na porządek dzienny, a z wielu stron próbowano wyjaśnić zarazem, w jaki sposób zmiany te powstają i jakie mają znaczenie. Nageotte i Ettlinger (S. B. i Presse medic.) wykonali w pracowni Babińskiego cały szereg odnośnych doświadczeń, w których otrzymywali zmiany wsteczne w komórkach istoty szarej rdzenia (między innemi nieopisane dotychczas powstawanie szczelin — „fissuration“) pod wpływem jodku potasu, wycięcia nadnerczy (które miało być przykładem „samozatrucia“ ustroju) i t. p., a przedewszystkiem, co w dobie obecnej najciekawsze, pod wpływem jadu tężcowego. Ponieważ w lekkich stopniach doświadczalnego tężca, ograniczonego n. p. do jednej kończyny, zmiany w rdzeniu były nieznaczne i sadowiły się w okolicach i po stronie, nieodpowiadających zajętej kończynie i ponieważ, z drugiej strony, po zabójczych zatruciach bardzo rozmaitymi środkami, można w rdzeniu i mózgu znaleźć zmiany prawie jednakie, przeto wnoszą ztąd N. i E., że swoiste działanie trucizn, znamionujące się za życia pewnymi odrębnymi objawami, nie idzie w parze z powstającemi zmianami anatomicznemi, nie mającemi nic swoistego. Znaczne zmiany anatomiczne komórek nerwowych powstawaćby miały dopiero w późniejszych okresach zatrucia, wówczas, gdy wpływ trucizn jest za silny, aby mógł się pogodzić z dalszą czynnością komórek. Jednem słowem, rozległe i silne zmiany komórek posiadałyby znaczenie w me-

chanizmie zgonu; natomiast jakość zmamiennych w każdem zatruciu objawów klinicznych (wyjąwszy objawy przedśmiertne, zwykle we wszystkich zatruciach podobne) nie stoi, zdaniem N. i E., w ściślejszym związku z jakością zmian anatomicznych [2]). Nieco odmienne wnioski wynikają z badań Chantemessea i Marinesco (S. M. H.) nad wpływem jadu i antytoksyny tężca na morfologią wielkich komórek przednich rogów rdzenia u morskich świnek. Badacze ci twierdzą mianowicie, że zmiany komórek są różne, zależnie od tego, czy wstrzyknięto sam tylko jad, czy też jad równocześnie z antytoksyną. Jeżeli antytoksynę wstrzyknięto w dobę po zadaniu jadu, wówczas objawy tężca występują i kończą się śmiercią, a zmiany komórek są takie same, jak po wstrzyknięciu samego tylko jadu. Zmiany te mają być, zdaniem Ch. i M. wyrazem łączenia się jadu tężcowego z pierwoszczą komórek nerwowych, a właściwe tężcowi objawy mają być od nich ściśle zależne, czego dowodem ma być to, iż sztuczna odporność (wstrzyknięcie antytoksyny równocześnie z jadem), przejawia się anatomicznie w sposób odmienny. Ztąd wnoszą Ch. i M., że odporność ustroju przeciw zatruciom ma swoje siedlisko również w komórkach, mianowicie w komórkach stałych, miąższowych, podczas gdy w odporności przeciw zakażeniom główną rolę (w myśl teoryi Miecznikowa) odgrywać mają ciałka białe.

W ten sposób kierunek badań przesunął się ku zagadnieniu nabytej odporności, poruszonem niedawno rozgłośnemi pracami Wassermanna i Takakiego w Niemczech, któreto poszukiwania nie zostały bez echa we Francyi. Jak wiadomo Wassermann i Takaki starali się dla teoryi odporności, głoszonej przez Ehrlicha, znaleźć dowód doświadczalny. Wychodząc z przypuszczenia, że antytoksyny są rodzajem wydzieliny prawidłowej i ciągłej tych komórek ustroju, do których dany jad (toksyna) posiada szczególne „powinowactwo“, wnosili oni, że w takim razie istoty ochronne przeciwtężcowe powinny istnieć stale już w stanie prawidłowym w komórkach ośrodkowego układu nerwowego, i że wobec tego będzie można wywołać sztuczną odporność przeciw tężcowi, wprowadzając do ustroju tkankę nerwową zwierząt zdrowych. Rozumowanie to sprawdziło się zupełnie, gdyż wstrzykując zawiesinę tkanki nerwowej zwierząt zdrowych przed, lub równocześnie z dawką jadu tężcowego, zabójczą w zwykłych warunkach, zdołali Wasermann i Takaki uchronić białe myszy od śmierci. Ponieważ płyn, wydzielony zapomocą centryfugi z zawiesiny z rdzenia i mózgu, żadnego zbawiennego wpływu nie wywierał, przeto istota przeciwtężcowa znajdowała się niewątpliwie w samej tkance nerwowej. Zauważywszy praktyczną doniosłość tych badań, które może stanowić będą punkt wyjścia dla nowych sposobów leczenia chorób zakaźnych zapomocą pewnego rodzaju „opoterapii“, zasadniczo różnej od stosowania surowic leczniczych, rozpoczęto we Francyi szereg dalszych poszukiwań w tej sprawie. Widal i Besançon (S. M. H.) wybrali do doświadczeń strychninę, mającą w działaniu pewne podobieństwo do jadu tężca i stwierdzili, że w zatruciu strychniną również rdzeń i mózg zwierząt zdrowych posiadają własności ochronne; podobne działanie, chociaż jak się zdaje słabsze, wywierały zawiesiny z innych narządów, przedewszystkiem z wątroby, a następnie z nerek. Zawiesiny ze szpiku kostnego, gruczołu tarczykowego, nadnercza, oraz krew, nie wywierały żadnego wpływu. Warto zaznaczyć, że tkanka nerwowa rozmaitych gatunków zwierząt posiadała własności bardzo rozmaite, nie mówiąc już o różnicach osobniczych. Spostrzeżenia W. i B. stanęły jednak w innem świetle po wystąpieniu Thoinota i G. Brouardela (S. M. H.), którzy potwierdzili wprawdzie, że strychnina w zawiesinie tkanki nerwowej nie działa zabójczo na zwierzęta, lecz podali zarazem, iż podobnie dzieje się, jeżeli strychninę zmieszać przed wstrzyknięciem z rozmaitemi obojętnemi ciałami, jak n. p. z proszkiem węglowym, łojkowym, z miazgą ziemniaczaną, lub z tartym szpinakiem, dopatrując się w całem zjawisku czysto mechanicznego działania użytych proszków lub zawiesin na ciecz, zawierającą strychninę. Przeciwko temu Widal nie przytoczył żadnych zarzutów, podnosząc tylko, że działanie tkanki nerwowej na jad tężcowy, stwierdzone przez Wassermana, jest zupełnie różne od jej wpływu na strychninę. Zdawałoby się, że tak jest w istocie, z doświadczeń Rogera i Josuégo (S. B.) z neuryną, która zobojętnia kilkakrotnie zabójczą dawkę jadu tężcowego, jeżeli ją się zmięsza z jadem przed wstrzyknięciem, poza ustrojem jeszcze. Babes wspólnie z Rieglerem (Ac. Sc.) zwrócili się do badań nad jadem wścieklizny, o którego „powinowactwie“ do tkanki nerwowej oddawna wiadomo. Zakażając zwierzęta jadem średniej siły (trepanacya), zdołali je oni ocalić od śmierci zapomocą wstrzykiwań podskórnych większych ilości tkanki nerwowej zwierząt zdrowych. W pewnym związku ze wszystkiemi temi spostrzeżeniami pozostaje także twierdzenie Chantemessa (S. M. H.), że fosfor, zmięszany przed wstrzyknięciem z zawiesiną zdrowej wątroby, nie wywołuje u świnek morskich stłuszczenia tego narządu. Odnośnie do sprawy odporności przeciw tężcowi prowadzą się także rozległe badania w Zakładzie Pasteura; przy tej sposobności Roux miał spostrzedz, że antytoksyna tężca (zwyczajna), wstrzyknięta wprost do jamy czaszki, ma posiadać niezwykłe własności lecznicze. Na potwierdzenie tej pogłoski należy poczekać, aż odnośna praca, mogąca mieć nieobliczalną doniosłość praktyczną, zostanie w całości przedstawioną lub ogłoszoną drukiem [3]).

Dr. Ciechanowski.

[2]) W naszej literaturze pojawiła się w tej sprawie świeżo praca Goldscheidera i Flatana (Kronika lekarska Nr. 7 i nast.), którzy również stwierdzili brak współrzędności między zjawiskami klinicznemi i zmianami komórek nerwowych w zatruciach jadem tężca, strychniną i t. d., odmiennie go jednak tłómaczą.

[3]) W ostatniej chwili dowiedziałem się o pierwszych próbach praktycznego zastosowania uzyskanych na zwierzętach wyników. Dotyczą one ogrodnika, który przed 3-ma niespełna tygodniami skaleczył się sierpem, i niezaopatrzywszy należycie rany, nie zaprzestał swoich zajęć. W dwa tygodnie po skaleczeniu pojawiły się pierwsze objawy tężca w postaci zaburzeń w połykaniu. Wezwany lekarz nie rozpoznał z początku cierpienia i dopiero w trzy dni potem skierował chorego do szpitala już w pełnym rozwoju choroby. Natychmiast wykonano dwie maleńkie trepanacye w obu okolicach nadskroniowych i wstrzyknięto przez igłę Pravaza, dość grubą, wprowadzoną na 2 ctm. w głąb mózgu, odrazu dwa gramy stężonej, naprzód wysuszonej, a potem roztworzonej w jaknajmniejszej ilości płynu antytoksyny tężcowej. Na drugi dzień szczękościsk ustąpił i połykanie stało się łatwiejsze; na trzeci dzień (28/4) ustąpiły bóle i w znacznej części skurcz kończyn. Aczkolwiek z jednego tylko przypadku nie można wiele wnosić, to jednak zasługuje on na uwagę wobec zawodnego działania antytoksyny przy dotychczasowym sposobie stosowania, jeżeli leczenie rozpoczynano dopiero w chwili wystąpienia objawów tężca. O wynikach dalszych doświadczeń doniosę niezwłocznie, skoro tylko Roux wystąpi publicznie ze swoją pracą. Dotychczas podał Roux przez usta Borrela, swego współpracownika, tylko krótkie zawiadomienie o wynikach doświadczeń na zwierzętach kongresowi higienicznemu w Madrycie.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Komitet VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wysłał do ministra spraw wewnętrznych w Berlinie pismo następujące:

Poznań, 7 lipca 1898.

Ekscelencyo!

Podpisanemu Komitetowi VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w Poznaniu w dniach od 1 do 4 sierpnia r. b., przesłał pan prezes policyi dnia 4 b. m., z polecenia pana prezesa rejencyjnego w Poznaniu, zawiadomienie, że, z powodów ogólnopolicyjnych, udział obcokrajowców w Zjeździe jest niedozwolony i że wszyscy obcokrajowcy, ktorzyby na Zjazd przybyli w drodze policyjnej będą z kraju wydaleni.

Ponieważ uczestnicy, którzy zapowiedzieli na Zjazd wykłady

naukowe, w znacznej części są poddanymi austryackimi lub rosyjskimi, wymieniony zakaz zachwiał całą organizacyą Zjazdu. A gdy nie można było się spodziewać wczesnego zniesienia tego zakazu, tak późno wydanego, a z drugiej zaś strony nie można było zostawić uczestników w niepewności, co do losu Zjazdu. aż do ostatniej chwili, nie pozostawało podpisanemu Komitetowi nic innego, jak Zjazd odwołać w terminie wyżej oznaczonym.

Zniewoleni jednak jesteśmy przedłożyć Ekscelencyi naszą prośbę, dotyczącą tego zupełnie nieprzewidzianego zakazu, a to dla tego, że zakaz ten, jak nam się zdaje, nie jest wcale usprawiedliwionym i że nie możemy odstąpić od zamiaru urządzenia przygotowywanego dłużej niż rok Zjazdu polskich lekarzy i przyrodników w Poznaniu. W tym bowiem celu już tyle poniesiono ofiar w stracie czasu, pieniędzy i trudu, iż poczuwamy się do obowiązku prosić Ekscelencyę o zniesienie tego fatalnego dla nas zakazu i żeby Zjazd mógł się odbyć w miesiącu wrześniu r. b.

Nie potrzeba nad tem się rozwodzić, że środek tak doraźny. jak ogólny zakaz uczestnictwa obcokrajowców w Zjeździe naukowym, należy uważać za nader niezwykły i że takowy mógłby być spowodowany oczywiście tylko niezwykłemi okolicznościami. Jako takie podał pan prezes rejencyi podpisanemu Komitetowi powody natury politycznej; wysokie władze, licząc się z możliwością nadużycia Zjazdu do celów politycznych, w zamiarze zapobieżenia im, uznały za potrzebny i wskazany wspomniany zakaz.

Podpisany Komitet nie może tych powodów uznać za usprawiedliwione; to wynikałoby już z historyi Zjazdów polskich lekarzy i przyrodników. Te Zjazdy bowiem już od trzydziestu lat stały się trwałą instytucyą naukową; obecnie się organizujący jest już ósmym z rzędu. Nie pierwszy też raz miał odbywać się Zjazd w Poznaniu. W r. 1884 miał miejsce czwarty Zjazd polskich lekarzy i przyrodników w tem mieście i odbył się bez jakichkolwiek niewłaściwości pod względem politycznym. Projektowany w tym roku Zjazd miał być pod każdym względem. tak co do programu, jak i organizacyi, analogiczny ze Zjazdem w roku 1884. Że ma charakter czysto naukowy, to wynikałoby dostatecznie już z tego faktu. iż wykłady zapowiedziane w liczbie 270, są ściśle naukowe. Ztąd już więc jasną jest rzeczą. że przy takim nawale pracy, uczestnicy, w tak krótkim czasie, bo w przeciągu 4 dni. nie mieliby ani czasu na to, ani chęci, ażeby urządzać demonstracye polityczne. Oprócz tego widnieje zupełnie obcy polityce charakter Zjazdu w tem, że w połączeniu z nim projektowaną jest Wystawa lekarsko-higieniczno-przyrodnicza, w której po największej części firmy niemieckie zapowiedziały swój udział. Nareszcie, kiedy w niektórych pismach wyrażono obawę, że Zjazd mógłby dać powód do demonstracyj politycznych, podpisany Komitet oświadczył publicznie, że Zjazd ma charakter czysto naukowy, który pod każdym względem będzie ściśle przestrzegany. Jak wielką podpisany Komitet do tego oświadczenia przywiązywał i przywiązuje wagę, wynika ztąd, że nie tylko wszystkie wykłady, lecz nawet wszystkie przemówienia i toasty przy projektowanym obiedzie podlegać miały jego cenzurze. Komitet jest zatem zupełnie w możliwości zapewnienia, że niktby nie pobłażał jakimkolwiek tendencyom demonstracyjnym, raczej odpartoby je jak najenergiczniej.

Należy tu jeszcze jedną przytoczyć okoliczność: w rozmaitych pismach twierdzono, jakoby Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu był tylko manewrem, przez czeskich polityków obmyślanym na to, żeby pod maską nauki zająć się agitacyami panslawistycznemi w obrębie Rzeszy niemieckiej. Po tem, co się wyżej powiedziało, jest właściwie rzeczą zbyteczną odpierać jeszcze tę insynuacyę. Ale jeśliby z tej okoliczności, że czescy lekarze, profesorowie i docenci uniwersytetu, w liczbie zaledwie 20, także życzą wziąść udział w Zjeździe, chciano cośkolwiek wnioskować, to godzi się przypomnieć, że dotychczas w każdym Zjeździe polskich lekarzy i przyrodników czescy lekarze brali także udział, w większej lub mniejszej liczbie, bez naruszenia kiedykolwiek i w jakikolwiek sposób czysto naukowego charakteru tych Zjazdów. To dotyczy mianowicie także Zjazdu, odbytego w Poznaniu w roku 1884. Znamienną jest też i ta okoliczność, że pisma, znające najlepiej stosunki miejscowe, jak »Posener Zeitung« i »Posener Tageblatt«, nie solidaryzowały się z podnoszeniem owej insynuacyi, co z uznaniem zaznaczyć należy. Pierwsze z tych pism, po ogłoszeniu przez podpisany Komitet wspomnianego oświadczenia, wyraźnie życzyło nawet mężom nauki, których miasto Poznań chętnie powita w swych murach, licznego udziału uczestników i owocnej działalności na polu dążności idealnych i pożytecznych dla ludzkości, a obydwa te pisma wyraziły przekonanie, że wypowiedziane w oświadczeniu Komitetu zasady będą sumiennie wykonane.

Jeśli zatem możliwość jakiejkolwiek demonstracyi politycznej należy uważać za absolutnie wykluczoną, z drugiej strony nie może Komitet zaniedbać zwrócenia uwagi na to, jak wielkie straty pod względem idealnym i materyalnym spowodowałoby dla szerokich sfer to uniemożebnienie Zjazdu. Zwracamy uwagę na wielką liczbę zapowiedzianych wykładów naukowych, jako też na to, że pomiędzy innymi, Jan Szczepanik przyrzekł przedstawić na Zjeździe pierwszy raz swój sławny wynalazek, telektroskop. Pod względem materyalnym należy uwzględnić, że Komitet, który dłużej niż cały rok był zajęty przygotowaniem Zjazdu, już znaczne w tym celu poniósł koszta, któreby prawie zupełnie były stracone, jeśliby Zjazd nie mógł się odbyć. Niemniej sfery przemysłowe Poznania poniosłyby dotkliwą stratę w dochodach, bo dla miasta, które zresztą tak słaby ma ruch przyjezdnych, kilkodniowy pobyt kilkuset gości, należących do zamożniejszych klas społeczeństwa, bardzo wielkie ma znaczenie. Także należy podnieść i tę okoliczność, że w połączeniu ze Zjazdem projektowane jest zwiedzenie ślązkich zdrojowisk, mogące zapewne sprowadzić do nich znaczny napływ gości kąpielowych. Że ostatnie przypuszczenie jest uzasadnione, wynika ztąd, iż n. p. dyrekcya kąpielowa w Reinerz już naprzód wyraziła szczerą dla Zjazdu sympatyę. Niechże zresztą te odwiedziny będą także najzupełniejszym dowodem tego, że charakter Zjazdu absolutnie nie jest politycznym; bo byłoby to przecież niedorzecznością. z jednej strony urządzać antyniemieckie demonstracye, a z drugiej *in gremio* przedsiębrać podróże do niemieckich miejsc kąpielowych, żeby do nich sprowadzać polskich pacyentów.

Nakoniec nie możemy — last not least — pominąć, że zapowiedziana przez władzę policyjną taktyka, dotycząca obcokrajowych uczestników Zjazdu, którzy są wyłącznie ludźmi z akademickiem wykształceniem, po większej części na wybitnych stanowiskach urzędowych, profesorowie uniwersytetu, radzcy państwowi i nadworni, urzędnicy medycynalni i t. d., żywo dotknęła szerokie sfery ludności i wywołała wśród nich pewien niepokój.

Nie można tego zrozumieć i usprawiedliwić, dla czego ludzi ze stanowiskiem obywatelskiem i urzędowem, którzy jeszcze w żaden sposób nie zdradzili, iżby w czemkolwiek sprzeciwiali się tutejszym interesom państwowym, a tylko. jedynie jako uczestnicy Zjazdu naukowego, pragną przybyć do Poznania, władza policyjna, zamiast przyjąć ich z uprzejmością, przynależną gościom, zamierza bezwzględnie traktować i w taki sposób, jak to zwykła czynić tylko z włóczęgami.

Ze wszystkich tych powodów pozwala sobie podpisany Komitet przedłożyć Ekscelencyi z najgłębszym szacunkiem najuniżeńszą prośbę,

ażeby raczyła najłaskawiej dać instrukcyę panu prezesowi rejencyi i panu prezesowi policyjnemu w Poznaniu. iżby odstąpili od zapowiedzianego zamiaru wydalania obcokrajowych uczestników Zjazdu polskich lekarzy i przyrodników w Poznaniu. który miałby się odbyć we wrześniu b. r.

Gdyby wbrew wszelkiemu oczekiwaniu zaszedł powód u którego z uczestników Zjazdu, zasługujący na wydalenie, rozumie się samo przez się, że Komitet bynajmniej nie będzie remonstrował przeciwko decyzyi wysokiej władzy.

Z najgłębszym szacunkinm

Komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich:

Dr. Święcicki, prezes. Dr. Jaruntowski, sekretarz generalny.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 14 Lipca.

* W sprawie zakwestyonowanego VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, odbyło Towarzystwo lekarskie krakowskie w dniu wczorajszym posiedzenie nadzwyczajne, na którem powzięło następującą uchwałę: wobec faktu, że Gospodarczy Komitet zjazdowy wniósł podanie do ministra spraw wewnętrznych, upraszające o zniesienie zakazu policyi poznańskiej, zabraniającego niepruskim obywatelom brać udział w Zjeździe, oraz o pozwolenie odbycia Zjazdu w m. Wrześniu b. r., — Towarzystwo lekarskie krakowskie postanawia powstrzymać się narazie od wszelkiej czynności, będącej w związku ze Zjazdem poznańskim, aż do chwili, w której znaną mu będzie od-

powiedź ministra pruskiego na wspomniane podanie Komitetu zjazdowego.

Po powzięciu tej uchwały odbyło Towarzystwo lek. posiedzenie poufne, treścią swą ze sprawą Zjazdu poznańskiego ściśle połączone.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska. Na posiedzeniach Wydziału, odbytych w miesiącach marcu, kwietniu, maju i czerwcu, oprócz innych, załatwiono następujące sprawy ważniejsze:

1) Uwolniono częściowo od opłaty za rok 1898 25 lekarzy.

2) Udzielono zapomóg dwóm lekarzom po 50 złr., jednej wdowie po lekarzu 100 złr., a dwom wdowom po 50 złr.

3) Po porozumieniu się z wszystkiemi Izbami austr., uchwalono wnieść przez deputacyę adres wiernopoddańczy Izb austryackich w dzień jubileuszu Najjaśniejszego Pana.

4) Uchwalono zwołać ogólny wiec Izb w pierwszej połowie października b. r.

5) Wskutek zapytania c. k. Namiestnictwa w sprawie reformy ustawy o technikach dentystycznych, zwołano ankietę, złożoną z lekarzy dentystów i następnie przedłożono odpowiednie wnioski c. k. Namiestnictwu.

6) Wydano opinię w sprawie przynależności do Izby lekarzy, którzy tylko teoretycznymi działami medycyny się zajmują.

7) Rada honorowa zajmowała się ośmioma ważniejszemi sprawami, z czego cztery dotyczyły sporów między lekarzami; trzy spory załatwiła Rada honorowa, udzielając dwom lekarzom upomnienia, trzeciego uwalniając; w jednym zaś sporze doprowadziła Rada do skutku sąd polubowny, z powodu, że jeden ze spierających się lekarzy nie jest przynależnym do Izby. Prócz tego dwom lekarzom udzielono upomnienia, jednego lekarza zmuszono do zrzeczenia się posady, którą w sposób nieodpowiedni uzyskał. Jedną sprawę oddano władzy wojskowej do dalszego traktowania.

We Lwowie dnia 5 lipca 1898.

Prezydent Izby: *Dr. Festenburg.*

* Towarzystwo ginekologiczne krakowskie odbyło w tych dniach setne posiedzenie naukowe. Założone w r. 1889, rozpoczyna 10-ty rok swego istnienia, w ciągu którego wydało 8 roczników. Prace, pomieszczane w tych rocznikach, naukowy dorobek Towarzystwa, zwykle bywają referowane w czasopismach obcych. Pierwszym przewodniczącym był ś. p. prof. Madurowicz; po jego śmierci kierowali sprawami Towarzystwa proff: Jordan i Mars. Członków czynnych liczy ono 22. Nie ulega wątpliwości, że dotychczasowa działalność naukowa tego Towarzystwa wielce przyczyniła się do rozwoju ginekologii w Krakowie.

* Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego zaproponował na katedrę higieny następujące terno: I) Bądzyński, II) Jakowski, III) Honl (z Pragi).

* Dziekan Wydziału lek. Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze farmakologii, z płacą roczną 600 złr. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lek. do d. 20 lipca.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jag. otrzymał Ludwik Friedmann.

* Komisya sanitarna m. Lwowa uchwaliła na jednem z ostatnich swych posiedzeń instrukcyę dla lekarzy szkolnych. Instytucya lekarzy szkolnych istnieje w Austryi tylko w Bernie: Lwów zatem jest drugiem miastem w monarchii, które ją posiadać będzie. Wedle tej instrukcyi opiekę nad zdrowiem dziatwy szkół ludowych obejmą już w przyszłym roku szkolnym lekarze miejscy. Zakłady prywatne będą miały obowiązek postarać się o taką samą opiekę lekarską własnym kosztem. Instrukcya postanawia, że dla chorób specyalnych, n. p. oczów, będą dla szkół ustanowieni osobni lekarze.

Ufać należy, że za zbawiennym przykładem stolicy kraju, pójdą inne miasta nasze.

Wiek młodociany, zatem wiek wielkiej wrażliwości ustroju na czynniki zakaźne, oraz wszelkie umożliwienia do szerzenia się zarazka, jako następstwo skupienia się i braku ostrożności, cechującego wiek młody, czynią szkoły rozsadnikami chorób zakaźnych. Jakby na urągowisko tej prawdzie, ze wszystkich instytucyj w państwie, szkoły właśnie najmniejszej doznają opieki sanitarnej rządu. Amerykańskie rewizye lekarskie uczniów, przybywających do szkoły, pouczają dobitnie, jak wielka ich liczba przychodzi do zakładu w stanie rozwijającej się, lub już rozwiniętej choroby zakaźnej. Czemże jest, wobec braku organizacyi, zakaz uczęszczania do szkół dzieci, w rodzinach których zdarzą się przypadki chorób zakaźnych? Każdy lekarz poświadczy, że wielka liczba rodziców nic nie wie o tym zakazie, a ci, co wiedzą, nie kontrolowani, lekceważą go. A cóż mamy powiedzieć o uczniach ubogich, mieszkających u kościelnych, tercyanów i t. d.? Kto czuwa nad ich zdrowiem? Kto opiekuje się nimi ze stanowiska higieny? Kto leczy w chorobie? Od czasu zaprowadzenia kas chorych robotników, jedne dzieci szkolne, a mówimy tu o ubogich i zamiejscowych, pozbawieni są zapewnionej opieki lekarskiej.

Źródło tej opieszałości wypływa po części z kierunku naszej dobroczynności społecznej, która, opiekując się głównie schodzącymi z areny życiowej: starcami i nieuleczalnymi, za mało wogóle troszczy się o tych, którzy na tę arenę wchodzą. Na gminie więc i rządzie ciężyć powinien obowiązek zaopiekowania się stanem sanitarnym dzieci szkolnych, skoro samo społeczeństwo jest bezradne. Przez rozszerzenie koła działalności lekarzy miejskich, gmina, bez wielkich trudów i nakładów, może stworzyć nadzór higieniczno-lekarski nad szkołami ludowemi. Wysokie zaś wpisowe w gimnazyach, pamiętna reforma bar. Gautscha, starczyć chyba powinna na wyposażenie lekarzy szkół średnich. Skombinowana działalność wszystkich lekarzy szkolnych w mieście,ześrodkowana w biórze fizyka miejskiego, dawałaby rękojmię jednolitości planu działania i umożebniłaby kontrolę nad chorymi na cierpienia zakaźne uczniami.

* Międzynarodowy Zjazd dla hidrologii, klimatologii i geologii odbędzie się w Liège, między 25 września a 3 października b. r.

* Arsonval i Charrin poczynili doświadczenia z powietrzem skroplonem, mianowicie co się tyczy jego wpływu na laseczniki i ich toksyny. Nasamprzód badacze ci poddali drożdże piwne pod wpływ ciepłoty — 194°, a następnie zetknęli je bezpośrednio z płynnem powietrzem. Diastaza piwa nie ulega żadnej zmianie pod wpływem tych czynników, nawet po wielu godzinach; dopiero po upływie 10 godzin zauważono niejakie zmiany w komórkach. Co się tyczy laseczników chorobotwórczych, to te są jeszcze więcej oporne, a toksyny ich, nawet po wielu dniach bezpośredniego zetknięcia się z płynnem powietrzem, zachowują swe własności zakaźne.

(r.) Prof. Mosler z Gryfii zapewnia w liście pisanym do dawniejszego swego ucznia, prof. Rydygiera, że w pruskich nadbałtyckich miejscach kąpielowych nie stwierdzono żadnego przypadku trądu.

Mianowania i odznaczenia: Nadzwyczajny prof. otiatryi w Bonn, Dr. H. Walb, mianowany został honorowym profesorem zwyczajnym. Prof. nadzwyczajny, Dr. R. Fleischer, mianowany został prof. zwyczajnym lekarskiej propedeutyki i historyi medycyny.

Nekrologia. W Krakowie zmarł w 84 roku życia Dr. Sykstus Kozłowski, znany lekarz i dobrodziej ubogich. Dr. A. Voisin, psychiatra, zmarł w Paryżu, w 63 roku życia. Dr. Ferdynand Kohn, bakteryolog, prof. botaniki, zmarł w 70 roku życia w Wrocławiu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Krytyce lekarskiej* (Nr. 7): Dra Kamieńskiego St.: Gimnastyka a zdrowie (dokoń.). Dra Sterlinga W.: Z fizyologii i patologii muzyki. Dra Ramoszyńskiego W.: W kwestyi urządzeń pomocy lekarskiej w gminach. Dra Polaka J.: W sprawie ważności wykształcenia filozoficznego dla lekarza. W *Zdrowiu* (Zeszyt 154): Artykuł wstępny: Śmiertelność z ospy. Dra Bulikowskiego: Jeszcze słów kilka o potrzebie upaństwowienia przepisów profilaktycznych, przeciw gruźlicy skierowanych. Dra Jarosińskiego A.: Szpital św. Pawła w Stredyni. W *Medycynie* (Nr. 28): Dra Stępkowskiego Fr.: Cięcie cesarskie zachowawcze z wynikiem pomyślnym dla matki i płodu. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 28): Dra Malinowskiego A.: Uwagi kliniczne o krztuścu i jego powikłaniach. Strożewskiego K.: Syfilis dziedziczny, jako przyczyna chorób nerwowych (dokoń.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Świtalski L.: O pozostałościach ciała i przewodu pranercza u płodów i dzieci płci żeńskiej (z 34 rycinami). Kraków, 1898 rok.

— Dr. Szadek K. (Kijów). Patogeneza łuszczycy. (Odbitka). Warszawa, 1898 rok.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 23. Lipca 1898. Nr. 30.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie diazoreakcyi Ehrlicha w moczu

napisał

Dr. Antoni Krokiewicz,
prymaryusz.

Diazoreakcya Ehrlicha w moczu nie znalazła dotychczas rozleglejszego zastósowania dla celów klinicznych. Pochodzi to ztąd, iż zdania klinicystów, co do jej znaczenia, są różnorodne, i gdy jedni przypisują pojawieniu się diazoreakcyi Ehrlicha w moczu pewną wartość, inni stanowczo jej zaprzeczają. A przecież okoliczność, iż diazoreakcya nie występuje nigdy w moczu fizyologicznym, lecz tylko w pewnych moczach patologicznych, naprowadza na myśl jakiegoś ściślejszego jej związku z pewnemi sprawami chorobowemi.

W celu wyrobienia sobie własnego sądu, o ile diazoreakcya Ehrlicha w moczu ma znaczenie dla klinicysty w pojedyńczych przypadkach chorobowych, przedsięwziąłem cały szereg badań w tym kierunku, przyczem zużytkowałem wszystek materyał szpitalny, znajdujący się przez siedm miesięcy w moim oddziale. Diazoreakcyę wykonywałem przy pomocy kolegów sekundaryuszy i praktykantów codziennie, w każdym przypadku chorobowym, w godzinach przedpołudniowych i sam ściśle zapisywałem każdorazowy wynik, uwzględniając dokładnie przebieg kliniczny. W każdym przypadku zejścia śmiertelnego porównywałem, o ile przebieg kliniczny i rozpoznanie kliniczne odpowiadały zmianom anatomicznym. Przy wykonywaniu diazoreakcyi posługiwałem się zawsze odczynnikiem, każdego dnia świeżo sporządzonym, według przepisu Ehrlicha, a mianowicie: 50 cctm. odczynu Nr. I. (Acid. sulphanil. 5,0, Acid. hydrochlor. conc p. 50.0; Aquae destill. 1000,0) mięszałem z 1 cctm. odczynu Nr. II. (Natri nitrosi 0,50, Aquae destill. 100,0); cztery cctm. tak sporządzonego rozczynu mięszałem w próbówce z takąż samą ilością moczu badanego i po wstrząśnięciu próbówki dolewałem doń 1 cctm. amoniaku. W razie dodatniego wyniku, t. j. pojawienia się diazoreakcyi, ciecz w próbówce przybierała zabarwienie krwawoczerwone, lub burgundowoczerwone a również i piana, po powtórnem silniejszem zakłóceniu próbówki. Nadmienić należy, iż tylko zabarwienie krwawoczerwone, lub burgundowoczerwone, jest charakterystyczne dla diazoreakcyi Ehrlicha w moczu; wszelkie inne zbliżone zabarwienie, n. p. pomarańczowoczerwone, nie jest dla niej właściwe.

Diazoreakcyę Ehrlicha w moczu wykonałem 16,167 razy w 1,105 przypadkach chorobowych, mianowicie:

1) w przebiegu chorób narządu oddechowego	6483	razy w	435	przyp.	choroby
2) w przebiegu chorób narządu krążenia . .	2015	„	107	„	„
3) w przebiegu chorób narządu trawienia .	826	„	70	„	„
4) w przebiegu chorób nerkowych	1151	„	65	„	„
5) w przebiegu chorób układu nerwowego .	990	„	75	„	„
6) w przebiegu chorób krwi i nieprawidłowej przemiany materyi .	372	„	24	„	„
7) w przebiegu zatruć ostrych	64	„	13	„	„
8) w przebiegu rozmiękczenia kości . . .	47	„	6	„	„
9) w przebiegu duru brzusznego	836	„	40	„	„
10) w przebiegu zimnicy (malaryi)	337	„	61	„	„
11) w przebiegu róży .	887	„	59	„	„
12) w przebiegu gośćca stawowego i mięśniowego	971	„	67	„	„
13) w przebiegu zapalenia rzeżączkowego mięśni	22	„	2	„	„
14) w przebiegu stłuczenia ciała	101	„	12	„	„
15) w przebiegu ropni, ropnicy, posocznicy .	178	„	20	„	„
16) w przebiegu zapalenia gruczołu przyusznego	4	„	1	„	„
17) w przebiegu nowotworów	883	„	48	„	„
	16167		1105		

Przechodząc do poszczególnych spraw chorobowych rzecz się ma następująco:

I. Choroby narządu oddechowego.

a) Dławcowe zapalenie płuc i opłucny. *(Pleuropneumonia crouposa).* W 88 przypadkach zapalenia płuc włóknikowego wykonano diazoreakcyę 873 razy. Diazoreakcya Ehrlicha nie jest stałym objawem w zapaleniu płuc włóknikowem. W 11 przypadkach, w których nastąpiło zejście

śmiertelne, jedynie tylko z powodu zapalenia płuc włóknikowego, bez jakiegokolwiek innego powikłania, przez cały czas spostrzegania klinicznego ani razu nie stwierdzono wyniku dodatniego; w 3 zaś tylko przypadkach, i to w przypadku jednym, gdzie, obok zapalenia płuc włóknikowego, dołączyło się i ropne zapalenie worka osierdziowego (pericarditis fibrino-purulenta), zakończonych zejściem śmiertelnem, można było stwierdzić przy każdem badaniu diazoreakcyę. Pomiędzy przypadkami wyleczonymi były kilkakrotnie i ciężkie zapalenia obustronne płuc, których okres wynosił 11 dni. Ujemny wynik badania na diazoreakcyę, pomijając przypadki zejścia śmiertelnego, stwierdzić można było w 47 przypadkach chorobowych; dodatni zaś, pomijając również przypadki śmiertelne, — w 33 przypadkach. W jednym przypadku ciężkiego obustronnego zapalenia płuc gdzie przez cały tydzień gorączka wynosiła 40° C., tylko dwa razy można było zanotować wynik dodatni diazoreakcyi pomimo, że wykonywano ją codziennie przez 25 dni, gdyż chory z powodu ciężkiego nasilenia sprawy chorobowej bardzo powoli przychodził do zdrowia. W 21 przypadkach, pomimo że gorączka w zapaleniu płuc dochodziła 39° C., brak był zupełny diazoreakcyi. W 15 przypadkach zapalenia płuc obustronnego nie zauważono wcale diazoreakcyi. W przypadkach, w których wystąpiła diazoreakcya, utrzymywała się ona zazwyczaj do przełomu, poczem nagle spadała; w rzadkich przypadkach i po przełamaniu się gorączki utrzymywała się nadal przez kilka dni acz w słabszem nasileniu.

W przebiegu zgorzeli płuc (gangraena pulmonum), w następstwie zapalenia płuc włóknikowego, badano diazoreakcyą w 3 przypadkach: w 2-ch nie stwierdzono ani razu diazoreakcyi pomimo wykonania jej 88 razy. W jednym przypadku, który zakończył się śmiercią, a sekcya stwierdziła jedynie tylko zgorzel płuc, wykonano 62 razy diazoreakcyę; w drugim przypadku chory opuścił szpital prawie zupełnie wyleczony a wykonano ją 26 razy. Natomiast w trzecim przypadku, gdzie wykonano 8 razy diazoreakcyę zawsze z wynikiem dodatnim, sekcya stwierdziła: *Gangraena pulmonis sin. ss. perforatione in cavum pleuriticum sin. Hypoplasia vasorum. Sepsis.*

b) Zapalenie płuc nieżytowe. (Bronchopneumonia lobularis). W zapaleniu płuc nieżytowem, z charakterem zapalenia płuc grypowego (influencyjnego), wykonano w 21 przypadkach 136 razy diazoreakcyę, zawsze z wynikiem ujemnym. W 1 tylko przypadku dwa razy można było zauważyć diazoreakcyę. Gorączka w tych przypadkach spostrzeganych dochodziła 38·9° C.; wszystkie zakończyły się pomyślnie.

c) Zapalenie nieżytowe oskrzeli. (Bronchitis). W przebiegu nieżytu oskrzelowego, połączonego z gorączką wykonano 94 razy diazoreakcyę w 14 przypadkach chorobowych, zawsze z wynikiem ujemnym.

d) Zapalenie opłucnej. (Exsudatum pleuriticum). W 13 przypadkach zapalenia surowiczowłóknikowego opłucnej wykonano diazoreakcyę w moczu 137 razy, prawie zawsze z wynikiem ujemnym. Diazoreakcya w przebiegu zapalenia surowiczowłóknikowego opłucnej nie ma donioślejszego znaczenia, gdyż w jednym przypadku, zakończonym śmiercią, pomimo wykonania jej 36 razy, był jej brak, a w innych od czasu do czasu, — chociaż rzadko, — pojawiała się.

Natomiast w przypadku zapalenia ropnego opłucnej, w którym sekcya wykazała: *Exsudatum pleuriticum purulentum sin. ss. compressione et atelectasi pulmonis sin. Bronchitis purulenta. Peritonitis chronica adhaesiva. Peri-et parametritis adhaesiva* — diazoreakcya dała wynik zawsze dodatni. W przypadku tym wykonano diazoreakcyę 65 razy.

e) Gruźlica płuc. (Phthisis tuberculosa pulmonum). W przebiegu gruźlicy wykonano 4598 razy diazoreakcyę w 235 przypadkach.

Wykonywano ją codziennie i to:

w 5	przypadkach	przez	91—90 dni
w 2	„	„	84—80 „
w 5	„	„	80—70 „
w 7	„	„	70—60 „
w 7	„	„	60—50 „
w 11	„	„	50—40 „
w 20	„	„	40—30 „
w 7	„	„	30—20 „
w 70	„	„	20—10 „

a w pozostałych przypadkach po kilka razy i tylko w 8, w których nie stwierdzono gorączki, wykonano diazoreakcyę po razu. W 96 przypadkach wypadła diazoreakcya dodatnio, a w 139 ujemnie. W 71 przypadkach, w których diazoreakcyę stwierdzono, nastąpiła śmierć (reszta usunęła się z pod obserwacyi szpitalnej; zawsze jednak można było zauważyć znaczne pogorszenie w porównaniu ze stanem, jaki chorzy przedstawiali w chwili przyjęcia do szpitala). W kilku przypadkach (9) można było pierwotnie stwierdzić w szczytach płucnych nieznaczne zmiany, a jeśli diazoreakcya wystąpiła, sprawa chorobowa przybierała zawsze przebieg ostry i kończyła się niepomyślnie. Niejednokrotnie mogliśmy zauważyć, iż diazoreakcya wyprzedziła badanie bakteryologiczne i stanowiła wobec nieznacznych zmian gruźliczych w szczytach płucnych, bardzo ważną wskazówkę dla ocenienia sprawy chorobowej. Również stwierdzono, iż diazoreakcya nie zależy od ilości prątków w plwocinach. U chorego, u którego wykonano 70 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym, pomimo kilkakrotnego wykazania w plwocinach bardzo znacznej ilości prątków gruźliczych, przebieg choroby był wcale korzystny, gdyż chory ze znacznem stosunkowo polepszeniem opuścił szpital. W innych zaś przypadkach, gdzie nie znaleziono pierwotnie w plwocinach prątków gruźliczych, a mimo to wystąpiła w moczu diazoreakcya, przebieg gruźlicy przybierał charakter ostry. W 139 przypadkach, w których diazoreakcyi ani razu nie stwierdzono w przebiegu gruźlicy płuc, chorzy opuścili szpital ze znacznem polepszeniem.

W 5 przypadkach gruźlicy prosówkowej płuc i narządów wewnętrznych (Tuberculosis miliaris), stwierdzonych sekcyą, wykonano 49 razy diazoreakcyę zawsze z wynikiem dodatnim. Zaznaczyć wypada, iż we wszystkich tych przypadkach diazoreakcya występywała bardzo silnie; zwykła jednak na dzień lub dwa dni przed śmiercią tracić na nasileniu. Pojawienie się stałe diazoreakcyi w przebiegu gruźlicy prosówkowej płuc i innych narządów wewnętrznych stanowi bardzo ważny czynnik rozpoznawczy dla tej choroby. Doświadczyliśmy tego w przypadku, gdzie wszystkie przypady chorobowe przez 18 dni, a mianowicie ogólna sinica, liczba 40 oddechów na minutę, rozsiany nieżyt drobnych oskrzelków, wysoka gorączka o torze przerywanym i to głównie występująca rano, poty etc. przemawiały za

sprawą prosówkową w miąższu płucnym. Tymczasem brak diazoreakcyi w moczu wykluczał gruźlicę prosówkową, co też w dalszym przebiegu klinicznym zyskało zupełne potwierdzenie.

Biegunka w następstwie owrzodzeń gruźliczych jelita nie wpływa ujemnie na pojawienie się diazoreakcyi Ehrlicha w moczu, jeśli i płuca są dotknięte gruźlicą. Rozległe wrzody gruźlicze w jelitach stwierdzono sekcyą w 56 przypadkach; w innych przypadkach można było zawsze o istnieniu ich wnioskować, uwzględniając zmiany w płucach, z obrazu klinicznego, t. j. ciągłych i uporczywych biegunek, połączonych z morzyskiem.

Krwotok płucny nie wpływa ujemnie na pojawienie się diazoreakcyi. Na 11 przypadków krwotoku płucnego stwierdzono w 6 przypadkach diazoreakcyę. W przypadkach tych przebieg sprawy chorobowej był niekorzystny, połączony z wysoką gorączką, a czas spostrzegania klinicznego po krwotoku wynosił od 5—48—68 dni. W 4 przypadkach nie stwierdzono diazoreakcyi, chociaż czas spostrzegania klinicznego po krwotoku wynosił 40 dni; chorzy też z polepszeniem opuścili szpital. Natomiast w jednym przypadku u mężczyzny, gdzie wśród krwotoku nastąpiło zejście śmiertelne, badanie na diazoreakcyę, codziennie wykonywane poprzednio przez 16 dni, dało wynik ujemny. W przypadku tym stwierdzono na stole sekcyjnym nieznaczne zmiany gruźlicze w szczytach płucnych, krwotok do jamy płucnej wskutek pęknięcia naczynia krwionośnego, nieliczne owrzodzenia gruźlicze w jelitach; przeważnie jednak zmiany znacznego zwyrodnienia tłuszczowego mięśnia sercowego i innych narządów wewnętrznych. Zmarły okazywał za życia bardzo znaczny stopień ogólnej niedokrewności, przyczem od czasu do czasu występował u niego stan podgorączkowy.

Z chwilą stwierdzenia w moczu diazoreakcyi Ehrlicha rokowanie w gruźlicy jest prawie zawsze niepomyślne. Zazwyczaj bowiem, skoro się ona raz pojawi, więcej nie ustępuje i tylko, co do nasilenia, waha się, a tem samem stanowi zapowiedź szybkiego przebiegu gruźlicy. W bardzo tylko rzadkich przypadkach, — gdyż według naszego doświadczenia tylko w 2-ch przypadkach, — wydarzyło się, że chorzy po opuszczeniu szpitala i dostaniu się na długi czas w warunki korzystniejszego bytu, a szczególnie lepszej wentylacyi, nie okazywali diazoreakcyi przy powtórnem przyjęciu ich do szpitala i dopiero po dłuższym tu pobycie, występywała u nich znów diazoreakcya, zgodnie z pogorszeniem ogólnego stanu.

Powikłanie gruźlicy płuc i jelit z zapaleniem przewlekłem nerek (amyloidosis renum, nephritis chronica) powoduje wynik ujemny ze względu na diazoreakcyę Ehrlicha w moczu. (Wogóle nie mogliśmy nigdy stwierdzić przy zapaleniu przewlekłem nerek, bez powikłania ze sprawą gruźliczą, diazoreakcyi). W jednym tylko przypadku, — na 3 dni przed śmiercią, otrzymaliśmy diazoreakcyę w moczu, — a odnośny protokół sekcyjny opiewał: „*Carernae parvae tuberculosae utriusque apicis pulmonum. Peribronchitis caseosa. Endocarditis verrucosa recens mitralis. Degeneratio amyloidea renum*“; w 6 zaś przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne w przebiegu gruźlicy narządów wewnętrznych, powikłanej zmianami przewlekłemi w nerkach, był brak diazoreakcyi do końca życia, przyczem w pojedynczych przypadkach chorobowych wykonano diazoreakcyę od 8—90 razy. Nadmienić należy, iż odnosi się to do zmian przewlekłych w nerkach; białkomocz bowiem, który występuje w ostrym przebiegu gruźlicy narządów wewnętrznych, nie paraliżuje wystąpienia diazoreakcyi w moczu. Ropnie w nerkach, a w ogóle ropnica, jako powikłanie gruźlicy narządów wewnętrznych, nie wpływa ujemnie na pojawienie się diazoreakcyi. W jednym bowiem przypadku, gdzie autopsya stwierdziła: *Phthisis pulmonum. Peribronchitis caseosa nodosa. Ulcera tbc. intestinorum. Peritonitis suppurativa exsudativa. Nephritis apostematosa. Pyämia*, 7 razy przed śmiercią wykonana diazoreakcya dała zawsze wynik dodatni.

Gruźlica jamy otrzewnowej, wobec nieznacznych zmian w płucach i jelitach, nie daje diazoreakcyi w moczu. Spostrzeżenie to opiera się na 4-ch przypadkach, z których jeden zakończył się śmiercią. W tym ostatnim przypadku wykonano 44 razy diazoreakcyę, prawie zawsze z wynikiem ujemnym, a sekcya wykazała: *Peribronchitis tuberculosa lobi superioris pulmonis sin. Bronchitis purulenta. Bronchiectases. Peritonitis tbc. adhaesiva. Tuberculosis nodosa lienis. Leptomeningitis fibrosa. Atrophia musculi cordis. Anasarca maj. gradus. Anaemia permagna univ.*

Jeśli gruźlica umiejscowia się przeważnie w narządzie moczopłciowym, diazoreakcya Ehrlicha w moczu nie zawsze występuje. W jednym przypadku u kobiety 80-letniej, u której z powodu rychłego zejścia śmiertelnego, wykonano zaledwie 3 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym, sekcya stwierdziła: *Endometritis et salpingitis tbc. Tuberculosis peritonei.* W drugim przypadku, u dziewczyny 14-letniej z pierwotną gruźlicą nerki prawej, występowała diazoreakcya Ehrlicha w moczu tylko od czasu do czasu i wskazywała zawsze na rozpad ogniska serowatego w miąższu nerkowym, skoro poprzedzała krwawe moczenie, tudzież pojawianie się prątków gruźliczych w rozpadłych bryłkach serowatych, pośród osadu moczowego się znajdujących.

Ropienie na tle gruźliczem (abscessus frigidus) może wywoływać diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, która po otwarciu ropnia ustępuje. Nerki jednak nie mogą przedstawiać naówczas cech przewlekłego zapalenia.

Jeśli w przebiegu gruźlicy płuc dołączy się zgorzel płuc (Gangräna pulmonum), diazoreakcyi może brakować. Dowodzi tego przypadek chorobowy, w którym 47 razy wykonano diazoreakcyę, zawsze z wynikiem ujemnym.

f) Rozedma płuc. (Emphysema pulmonum). W 53 przypadkach rozedmy płuc wykonano 580 razy diazoreakcyę. Zawsze wynik jej był ujemny. Największa liczba reakcyj w pojedynczym przypadku wynosiła 30, 32, 35, 46 razy. Zejście śmiertelne nastąpiło w 11 przypadkach i do tych przypadków należy odnieść największą ilość spostrzeżeń. W każdym przypadku można było stwierdzić objawy niedomogi mięśnia sercowego, w mniejszem lub w większem nasileniu. Biegunka i białkomocz, jako wyraz zastoju żylnego w trzewach brzusznych, nie wpływały na diazoreakcyę. Dusznica piersiowa (asthma bronchiale) towarzyszyła 2 razy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O cewkowatych utworach łącznotkankowych w ciałku szklanem.

Podał
Dr. Teodor Bałłaban,
okulista we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

W dzisiejszych czasach, kiedy szczególnie przez dokładne prace Hirschberga nasze wiadomości o wrodzonych utworach tkanki łącznej w ciałku szklanem znacznie się rozszerzyły i ustaliły, można błędów tego rodzaju łatwo uniknąć. Nie należy jednak tak bardzo spuszczać się na to, że Wecker twierdzi, iż nitkowiec nadzwyczaj rzadko znajduje się w oku ludzkiem, ponieważ po dziś dzień jest dostatecznie wiadomem, że rzadko spotykamy się z opisem tego pasorzyta li tylko u autorów europejskich. W Afryce, gdzie jest udowodnionem, że niezliczone ilości liszek (Larve) nitkowca bardzo często znajdują się we krwi tubylców i że te również w znacznej ilości w wodzie przebywają, zkąd przez picie łatwo dostają się do ustroju ludzkiego, ograniczenie to nie może mieć miejsca. W obecnych czasach została już i europejska literatura wzbogacona liczniejszymi opisami tego przedmiotu. Nitkowiec daje się spostrzegać w oku ludzkiem najczęściej pod spojówką, zkąd też można go po większej części z łatwością usunąć. Rzadziej go się spostrzega w przedniej komórce oka, gdzie zwykł swobodnie pływać. Takich spostrzeżeń dostarczyli nam Dracke-Brockmann [1]), Gauthier [2]), Lacompte [3]), van Duyse [4]). Copper [5]) opisał nitkowca w tęczówce. Spostrzeżenia innych autorów (Malgat [6]) i Everschbusch [7]) odnoszą się znowu do umiejscowienia nitkowca w ciałku szklanem. Właśnie znajdujący się w ciałku szklanem nitkowiec mógłby pod pewnymi warunkami dać powód do pomięszania go z cewkowatymi utworami tkanki łącznej. Obecnie rozporządzamy nie tylko spostrzeżeniami klinicznemi, ale również i zupełnemi badaniami anatomo-patologicznemi. Tego rodzaju opisy zawdzięczamy Ludwigowi i H. Sämischowi [8]), a przedewszystkiem Hirschbergowi [9]), który nas obdarzył swoją znakomitą monografią o nitkowcu.

Gdy się jednak dokładnie rozpatrzymy w literaturze, to możemy zauważyć, że w pewnych warunkach brano czasem cewkowate utwory tkanki łącznej za wągra śródocznego.

Hirschberg [10]) wspomina w swej pracy o tym przedmiocie, że podobne błędy wydarzały się nawet najlepszym okulistom. Należy wspomnieć, że A. v. Graefe [11]) wykrył w r. 1855 wągra śródocznego, którego Hirschberg w 12 lat później rozpoznał, jako wrodzony utwór tkanki łącznej w ciałku szklanem. W tym samym mniej więcej czasie ogłosił Liebreich [12]) podobny przypadek. W r. 1878 opisał Goldzieher [13]) przypadek wągra w ciałku szklanem, jako bardzo dziwny jakiś stały utwór tkanki łącznej, który później rozpoznano jako tętnicę ciałka szklanego przetrwałą (arteria hyaloidea persistens) w połączeniu ze szczeliną nerwu wzrokowego i naczyniówki (coloboma nervi optici et chorioideae). W r. 1888 przedstawiał Despagnet [14]) chorego z dziwacznymi mętami ciałka szklanego, które były bardzo zbliżone kształtem do wągra.

Wszystkie te opisane tutaj przypadki mają tę wspólną cechę, że te utwory tkankołączne biorą swój początek opodal nerwu wzrokowego, zkąd, w poprzek ciałka szklanego, sięgają do przedniego bieguna gałki ocznej, co łatwo może potwierdzić zdanie Hirschberga, że są one pozostałością zgrubiałej tkanki łącznej, otaczającej płodową tętnicę ciałka szklanego [15]).

Nie tak jednak pojedyńczo przedstawia się rzecz ta w przypadkach tego rodzaju, jaki powyżej opisałem. Pominąwszy już tę okoliczność, że w opisanym przezemnie przypadku cewkowate te utwory nie stoją w żadnym kierunku w połączeniu z dnem oka, nie mają nadto kształtu bańki, a tem samem nie można ich uważać za wągra.

Ponieważ więc z tego, co powyżej powiedziałem, wynika, że przy ocenianiu cewkowatego utworu tkanki łącznej tego rodzaju, jaki znachodził się w oku mego pacyenta i okulista może przypuszczać, że ma tu do czynienia z wnętrzakiem w głębi oka, należałoby jeszcze tylko rozstrzygnąć, czy opisany utwór jest wrodzonym, czy też nabytym. Już na początku tej pracy wspomniałem obszerniej, jakiego rodzaju są te utwory w ciałku szklanem, które pochodzą z życia płodowego. Ponieważ w przypadku moim brakuje najważniejszego kryteryum, któreby wskazywało na pochodzenie płodowe tego utworu, a mianowicie brakuje związku z środkowemi naczyniami tarczy wzrokowej, który musiałby istnieć przy każdego rodzaju utworze tkanki łącznej, jako wyraz pozostałości płodowej tętnicy ciałka szklanego lub też przewodu Cloqueta; lub też musiałby co najmniej przedstawiać się jako nitka, przyczepiona do naczyń środkowych, chociażby nawet ta nie była połączona z utworem tkankołącznym w ciałku szklanem, — musimy go uważać koniecznie jako nabyty. Uważam go jeszcze dlatego za nabyty, gdyż posiada on tak dziwnie nieprawidłowe kształty, że nie da się z nich wyprowadzić jego pochodzenie z życia płodowego.

Wreszcie nie należy zapominać, że w oczach o bardzo wysokim stopniu krótkiego wzroku ze zmianami zapalnemi w naczyniówce, a szczególnie w oczach, które ulegały krwotokom do ciałka szklanego, dają się częstokroć spotykać wprawdzie o wiele mniejsze i pojedyńcze maczugowate, kuliste lub nawet i cewkowate utwory, które, nie będąc przyczepionymi do tarczy nerwu wzrokowego, znajdują się zwykle przed nią, wolno pływając. Są one po większej części równoległe

---

[1]) Dracke-Brockmann. Filaria oculi humani. Ophth. Review p. 331. 1894 rok.

[2]) Gauthier. Fiaire de l'oeil humain. Annal. d'Oculist. I. CXIV. p. 152. 1895.

[3]) Filaria loa. Annal de la société de Grand 1894.

[4]) Van Duyse. Un cas de filaire dans le chambre antérieure d'un oeil humain. Arch. d'Ophth. XV. p. 701. 1895.

[5]) Copper. Filaria loa. Archiv d. Ophth. XIV. p. 557. 1895.

[6]) Malgat. Filaire ou dragouneau du corps vitré. Recueil d'Ophth. p. 280. 1893.

[7]) Everschbusch. Glaskörper Entozoon. Bericht über die XXI. Versammlung der Ophth. Gesellsch. Heidelberg. 1891.

[8]) Ludwig u. H. Sämisch. Ueber Filaria loa im Auge des Menschen. Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie LX. p. 726.

[9]) Hirschberg. Ueber einen aus dem menschlichen Augapfel entfernten Fadenwurm. Berliner klinische Wochenschrift 1895. Nr. 44.

[10]) Hirschberg. Ueber den s. g. schlauchartig eingekapselten Cysticercus des Glaskörpers. Centralblatt für Augenheilk. 1893 p. 135.

[11]) A. v. Graefe. Fall vom Cysticercus im Innern des Auges. Archiv für Ophthalm. II. 1. p. 259.

[12]) Liebreich. Cysticercus im Glaskörper. Archiv für Ophthalm. I. 2. pag. 343.

[13]) Goldzieher. Cysticercus cellulosae im Corpus vitreum. Pester med. chir. Presse XIV. Nr. 29 u. 30.

[14]) Despagnet. Cas présumé de cisticerque du corps vitré. Recueil d'Ophthalm. p. 513.

[15]) I. c. p. 139.

do osi podłużnej oka i właśnie ta okoliczność budzi w nas szczególniejsze zajęcie. Jakkolwiek jednak to odchodzi nieco od przedmiotu, chciałbym mimo to tym szczegółom poświęcić słów kilka. Stilling [1]) wykazał istnienie walcowatej szpary w ciałku szklanem; a lubo ta anatomicznie nie została w oku ludzkiem na pewno zbadaną, to jednak istnienie jej jest bardzo prawdopodobnem. Jeżeli zatem na tylnym biegunie oka przyjdzie do krwotoków lub jakiego lekkiego wysięku, to można bardzo łatwo przypuścić, że masy te wciskają się do tej szpary i tam powodują zagęszczenie, a więc opisane wyżej maczugowate, lub też nieregularne, biczowate utwory są nabytymi zgrubieniami ścian przestworu ciałka szklanego. Jeżeli więc wybroczyna ta przebije ze szpary ciałka szklanego do samej istoty ciałka, czemu i następowe zagęszczenie tkanki towarzyszyć musi, to mogą w ten sposób powstać podobne nieregularnie rozgałęzione utwory, o których kilkakrotnie powyżej wspomniałem. I tymże sposobem tłómaczę sobie powstanie tego, dziwnie rozgałęziającego się utworu cewkowatego w oku mego chorego, który spowodował niniejszą pracę. Chcę jeszcze tu dodać, że obok ogólnego zwapnienia tętnic, można było je stwierdzić w naczyniach siatkówki, i wytłómaczyć powstanie utworu tkanko-łącznego przez prawdopodobny poprzedzający wysięk krwawy do ciałka szklanego. Naturalnie, rozumie się samo przez się, że jest także możliwem, iż w wysoko krótkowidzących, lub też wogóle chorych oczach, przewlekłe zapalne zmiany w ciałku szklanem i bez pośrednictwa krwotoku mogą doprowadzić do zagęszczeń tkanki w obrębie przewodu środkowego ciałka szklanego, a tem samem stać się powodem powstania cewkowatych, lub też im podobnych postaci tkanko-łącznych.

III. Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyona w Paryżu.

Badania kliniczne wyników obustronnego trzebienia w przypadkach przerostu gruczołu krokowego [2])

podali

Prof. Dr. Albarran i Dr. Bolesław Motz.

Jeżeli zastanowimy się nad różnorodnością postaci klinicznych przerostu gruczołu krokowego, jeżeli uwzględnimy rozmaitość objawów u różnych chorych, a nawet u jednego chorego, odpowiednio do okresu choroby, to pojmiemy łatwo tę trudność, która występuje w ocenianiu wyników leczniczych, otrzymanych zapomocą różnych zabiegów operacyjnych. Nie wystarczy tu bowiem, nawet zgodnie z klasyfikacyą kliniczną prof. Guyona, odróżniać chorych, mogących opróżnić pęcherz i takich, którzy cierpią na zatrzymanie moczu niezupełne, z rozszerzeniem pęcherza lub bez niego, lecz koniecznem jest uwzględnienie objawów ostrych, zależnych od przekrwienia lub zakażenia. Obadwa te czynniki, wpływające z jednej strony na rozmiary samego gruczołu krokowego, z drugiej powodujące rozmaite objawy ze strony pęcherza, odbijają się wyraźnie zarówno na obrazie klinicznym cierpienia, jak i na wynikach stosowanych tu metod leczniczych.

Ażeby ocenić wyniki stósowania trzebienia w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, koniecznem jest zdawanie sobie sprawy ze wszystkich tych czynników, wniknięcie w szczegóły spostrzeżeń klinicznych, wreszcie baczenie na ostateczny stan przebiegu choroby. Niestety, ogłaszane spostrzeżenia są zbyt mało dokładne: mówi się w nich o poprawie lub wyleczeniu, nie wspominając nic o warunkach, w jakich je otrzymano; posiadają one przeto wartość bardzo względną. Dla oceny wpływu obustronnego trzebienia w przerośeie gruczołu krokowego zestawiliśmy wyniki operacyj, wykonanych przez nas, i spostrzeżenia inne, dostatecznie dokładne, lub przedstawiające szczególny interes, dzieląc wszystkie przypadki chorobowe na cztery gromady, a mianowicie: 1) przypadki prostatyzmu bez zatrzymania moczu; 2) przypadki o zatrzymaniu moczu ostrem; 3) przypadki o zatrzymaniu niezupełnem, wreszcie 4) zatrzymanie przewlekłe zupełne. Wpływ zaś operacyi rozpatrzymy w stosunku do: 1) gruczołu krokowego i 2) pęcherza.

I. Działanie na gruczoł krokowy.

Ogólnie rzec można, iż trzebienie obustronne zmniejsza rozmiary przerosłego gruczołu i że zbitość guza staje się większą. Badając wielkość gruczołu u chorych, według podanych kategoryj, stwierdzić możemy, że zmniejszenie się jego podane jest we wszystkich przypadkach u prostatyków cierpiących na trudności w oddawaniu moczu lub też na ostre jego zatrzymanie, podczas gdy owo zmniejszenie niekiedy, aczkolwiek rzadko nie występuje, w przypadkach zatrzymania przewlekłego zupełnego, lub niezupełnego. Badanie naszych własnych spostrzeżeń potwierdza i dopełnia wyniki innych autorów. Jeden z nas wykonał 6 razy obustronne trzebienie, 2 razy w przypadkach zatrzymania moczu przewlekłego zupełnego i 4 razy w przypadkach takiegoż zatrzymania niezupełnego. U żadnego z tych chorych nie zauważyliśmy widocznego zmniejszenia gruczołu w ciągu pierwszych dni. U jednego z nich zmniejszenie było widoczne dopiero w miesiąc po operacyi, u innych trzech dopiero po 3—5 miesiącach, wreszcie u szóstego chorego zanik występował jeszcze wolniej.

Zaznaczyliśmy ju dawniej i teraz zwracamy uwagę na takie spóźnione i wolno postępujące zaniki gruczołu krokowego, stanowiące następstwo obustronnego trzebienia. Pod tym względem dwa z pomiędzy naszych spostrzeżeń godne są uwagi. Pierwsze z nich dotyczy 63-letniego chorego, cierpiącego od lat kilku na zatrzymanie moczu przewlekłe niezupełne, o pozostałości wynoszącej 300 gramów. Badaniem przez odbytnicę stwierdzić można było przerost miękki dość znacznego stopnia. Chory był operowany we wrzesniu 1895 roku; w sześć miesięcy później wymiary gruczołu krokowego były takie same jak przed operacyą, w 13 miesięcy potem gruczoł zaczął się zmniejszać i dopiero 25 miesięcy po trzebieniu zmniejszenie się gruczołu było wybitne. Podobnież u drugiego 72-letniego chorego, z zatrzymaniem moczu niezupełnem, o pozostałości 350 gramowej, dopiero w 13 miesięcy po operacyi gruczoł zmniejszył się o połowę, zaś po 25 miesiącach był już mały i miękki.

Takie spostrzeżenia długoterminowe są najciekawsze, dowodzą bowiem, iż możliwe są wyborne wyniki lecznicze, w tych nawet przypadkach, gdzie, w ciągu pierwszych miesięcy po operacyi, nie można stwierdzić żadnej poprawy, ani zmniejszenia gruczołu krokowego. Dane te są tem ważniejsze, że pozwalają ocenić odpowiednio wartość spostrzeżeń tych autorów, którzy, po trzebieniu, zaznaczają brak zaniku gruczołu czy to u żyjących, czy na zwłokach, co stwierdzić należy dopiero w bardzo dużym odstępie czasu po operacyi.

Chcąc wytłómaczyć sobie przyczyny zmniejszenia rozmiarów gruczołu krokowego, po obustronnem wytrzebieniu, winniśmy powtórzyć to, co powiedzieliśmy przed 3 laty. „Obok zmniejszenia, zależnego od zaniku gruczołu, należy ważną w tym względzie rolę przypisać i zniknięciu przekrwienia“. Że trzebienie obustronne wpływa ujemnie na czynnik przekrwienia, jest to oczywiste, gdyż liczne są przypadki, w których zmniejszenie rozmiarów gruczołu wystę-

[1]) Stilling. Ueber die Genese des Glaucoms. Bericht über die XVII. Versamml. der ophthalm. Gesellsch. in Heidelberg p. 37.

[2]) Streszczenie obszernej pracy, ogłoszonej przez autorów w *Annales des org. gén. urin.*

puje wyraźnie już zaraz w ciągu pierwszych dni po operacyi. Rzecz prosta, nie możemy tego tłómaczyć zanikiem samego gruczołu. Za takiem ustępowaniem przekrwienia przemawia jeszcze i to, że, w ostrych przypadkach utrudnienia moczenia, zmniejszenie się gruczołu po wytrzebieniu zjawia się daleko szybciej, niż w przypadkach zatrzymania przewlekłego. Wiemy zaś, jak przeważne ma znaczenie przyczynowe przekrwienie w ostrem zatrzymaniu moczu u prostatyków, jak niewiele wpływa znów ten czynnik w cierpieniach przewlekłych.

Czy rzeczywiście w następstwie obustronnego trzebienia powstaje zanik gruczołu krokowego, powodujący zmniejszenie jego rozmiarów? Z punktu teoretycznego sprawa ta przedstawia się następująco: Z jednej strony dowiedzionem jest [1]), że u wszystkich zwierząt domowych trzebienie obustronne powoduje w każdym wieku zanik gruczołu krokowego. Zabieg ten u człowieka młodego sprowadza taki sam wynik, a według wszelkiego prawdopodobieństwa te same następstwa wystąpią u dorosłych i u starców. Z drugiej strony udowodniono, iż w $^2/_3$ przypadków przerostu gruczołu krokowego istnieje nadmierny rozrost tkanki gruczołowej [2]). Wobec tego więc trzebienie obustronne winno wywołać zanik gruczołu w przypadkach przerostu tak samo, jak to widzimy w przypadkach prawidłowych.

Istnieje jednakże pewna liczba przypadków przerostu gruczołu krokowego, w których podścielisko bywa rozwinięte stosunkowo obficiej, niż miąższ gruczołowy. Zachodzi więc pytanie, czy i w tych przypadkach można spodziewać się pomyślnego wyniku po wytrzebieniu? Jednak i tu znajduje się zawsze pewna ilość tkanki gruczołowej, która, nawet w tak zw. gruczołach włóknistych, zajmuje zwykle $^1/_4$—$^1/_2$ objętości. Wobec tego, trzebienie okaże tu analogiczne działanie na tkankę gruczołową, jak i w zwykłych postaciach przerostu, nadto operacya ta powoduje zanik i pierwiastków mięśniowych. Co się zaś tyczy tkanki łącznej, to ujemne na nią działanie trzebienia nie zostało jeszcze stwierdzone doświadczalnie. Wnosić więc ztąd możemy, iż trzebienie obustronne wpływać może zmniejszająco na rozmiary gruczołu i w tych przypadkach, gdzie tkanka gruczołowa ma znaczenie w przeroście drugorzędne, aczkolwiek działanie to bywa tu znacznie słabsze.

Należałoby jeszcze zastanowić się, czy zanik w następstwie operacyi dotyczy całego gruczołu krokowego, czy też ogranicza się do pewnych jego części. Sprawa ta mało jest dotychczas wyjaśniona: rzec jednakże można, że zanik dotyczy wszystkich części gruczołu, aczkolwiek rozwój jego nie zawsze bywa jednostajny i równoległy we wszystkich częściach. Twierdzenie Desnosa, jakoby zanikowi nie ulegała część „wewnątrzpęcherzowa“, t. j. stercząca do jamy pęcherza, jest nieumotywowane i niema za sobą żadnych danych potwierdzających.

To co powiedzieliśmy dotychczas o następstwach trzebienia obustronnego w przeroście gruczołu krokowego da się streścić w następujących punktach:

1. Było rzeczą słuszną przypuszczać *a priori*, że wytrzebienie obustronne wpłynie zmniejszająco na rozmiary przerosłego gruczołu krokowego, szczególnie w postaciach zależnych od rozrostu tkanki gruczołowej.

2. Przypuszczenie to, aczkolwiek dane anatomiczno-patologiczne nie są jeszcze dostateczne, potwierdza doświadczenie kliniczne.

3. Zmniejszenie rozmiarów przerosłego gruczołu zależy początkowo od ustąpienia przekrwienia, później zaś od rzeczywistego zaniku gruczołu.

4. Zanik ten może występować późno, w 6 i więcej miesięcy po operacyi i postępować jeszcze po 2 latach; niekiedy dochodzi on takiego stopnia, iż nie da się wyczuć wcale gruczołu przez odbytnicę.

5) Niekiedy zanik występuje silniej w niektórych częściach gruczołu i dotyczy zarówno i części sterczących do światła pęcherza.

6. Obecnie nie możemy zapewnić, iż każdy gruczoł ulegnie zanikowi po wytrzebieniu, ani też orzec, do jakiego stopnia zanik ten dojdzie w danym przypadku. Możliwe jest nawet, iż w niektórych przypadkach zanik może nie nastąpić.

(Dokończenie nastąpi).

---

[1]) Albarran et Motz. *Congrés d'urologie*, 1897.

[2]) Motz. Przyczynek do nauki o budowie histologicznej przerosłego gruczołu krokowego. *Przegląd lekarski*, 1897, 2—4.

IV. Oceny i sprawozdania.

Surowica przeciwbłonicza w świetle rozpraw w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem.

(Ciąg dalszy).

Drugą część swego wykładu poświęcił Kassowitz rozpatrzeniu sprawy prątka Löfflera. Swoistość tego drobnoustroju łączy się ściśle ze skutkami, przypisywanymi surowicy. Behring wyraził bowiem zdanie, że surowica przeciwdziała tylko wpływowi tego prątka i jego jadów. Kassowitz przeczy swoistości tego prątka: w przyjęciu bowiem tego drobnoustroju za taki, który wywołuje błonicę, widzi wiele sprzeczności, wiele rzeczy, niedających się wyjaśnić. Przyznaje, że sam początkowo przyjmował swoistość tego prątka dla pierwotnej błonicy w pojęciu Bretonneau, bo i klinicyści rozróżniali błonicę pierwotną i następową; musiał jednak swoje zdanie zmienić, gdy późniejszemi badaniami Ranke wykazał prątki Löfflera w 54·5% przypadków błonicy następowej, towarzyszącej płonicy. Nasunęły się też inne wątpliwości.

Tak n. p. nie da się zdaniem K. pogodzić przyjęcie prątka błoniczego za taki, który wywołuje błonicę, z faktem udowodnionym, że jadowite prątki Löfflera znachodzą się w jamie ustnej osób zdrowych (według Fiebingera w 19·2%, według Variota nawet w 40%). Niejasnem jest także, dlaczego rana pokrywająca się nalotem, po wycięciu migdałków, nie staje się błoniczą, pomimo, że prątki Löfflera znajdują się w jamie ust? dlaczego znachodzimy prątki u ozdrowieńców, którzy już przebyli błonicę? dlaczego nie ulegają oni nawrotowi choroby? zkąd biorą się prątki błonicze, w ropniach, w raku wodnym (noma), wreszcie w plwocinie suchotników? Celem wytłómaczenia tych sprzeczności, wymyślono odporność, twierdząc, że osobnik, posiadający w swojej krwi ciała ochronne, czyli osobnik odporny lub do błonicy nie skłonny, może bezkarnie hodować w swojej jamie ustnej nawet jadowite prątki błonicze.

Tłómaczenie takie zmienia jednak zasadniczo nasze pojęcia o chorobach, a rozumując tak dalej, musielibyśmy nazywać błonicę, nie chorobą wywołaną prątkiem Löfflera, lecz raczej czasowem zniesieniem odporności przeciw prątkowi błoniczemu u danego osobnika.

Tego rodzaju zapatrywania doprowadzićby musiały do zamieszania dotychczasowych pojęć i do daleko idących zmian w przeprowadzeniu praktycznych przepisów oddzielania chorych od zdrowych.

Jeżeli bowiem Frankel, we wniosku postawionym w niem. Towarzystwie opieki zdrowia, żąda oddzielania nie tylko chorych na błonicę, ale także ozdrowieńców i zdrowych nawet, u których stwierdzi się prątki, to idąc konsekwentnie dalej, należałoby zaprowadzić dla wszystkich obowiązkowe badania jamy gardła, ze względu na prątki błonicze, tak jak istnieją dziś badania kobiet publicznych, ze względu na choroby płciowe, lub też, idąc konsekwentnie w odwrotnym kierunku, nieoddzielać zupełnie chorych błoniczych, bo nieusposobieni jej nienabędą.

Z tych kłopotów i niedorzeczności wybawi nas zdaniem Kassowitza tylko to przekonanie, że prątek Löfflera nie wywołuje błonicy, że nie jest on wogóle dla człowieka patogenetycznym.

Po odczycie Kassowitza pierwszy zabrał głos prymaryusz Dr. Schopf, a to celem sprostowania błędnie przedstawionych dat, dotyczących szpitala św. Elżbiety.

W szpitalu tym bowiem śmiertelność w przypadkach operowanych wynosi, przy stosowaniu surowicy i intubacyi, 60% a nie jak to K. przedstawił 80%; stwierdza także, że wypowiedziane wogóle o szpitalach zdanie, jakoby obecnie przyjmowały przeważnie lekkie przypadki, niemoże się odnosić się do szpitala św. Elżbiety, gdyż w zakładzie tym z zasady przyjmuje się tylko te przypadki błonicy, które ze względu na groźny stan natychmiast przyjęte być muszą.

Po kilku słowach Kassowitza, w których on przyznaje się do pomyłki, co do szpitala św. Elżbiety, zabiera głos kierownik oddziału dla chorób zakaźnych w szpitalu Franciszka Józefa, Dr. Obermayer: stwierdza przedewszystkiem, że nieprzyjmowano w ostatnich latach więcej przypadków błonicy, niż dawniej, ani też nieprzyjmowano przypadków lżejszych, a mimo to, począwszy od ćwierćrocza, w którem zastósowano surowicę, śmiertelność zmniejszyła się; podczas bowiem kiedy dawniej dochodziła do 33%—49%, obecnie przy surowicy waha się między 7%—32% tak, że obecne *maximum* nie dosięga dawnego *minimum* śmiertelności. Zmniejszyła się też znacznie śmiertelność z dławca: przy prawie tej samej liczbie przypadków zmierało w czasach przed surowicą, w roku 1893 = 82·3%, 1894 = 77·3%. a w r. 1895 już przy stósowaniu surowicy 30%, w roku 1896 = 26·7%, r. 1897 = 48·5%. Na podstawie też własnego doświadczenia oświadcza się O. za surowicą, zwraca przytem uwagę, że przy surowicy błonica nie szerzy się na krtań, nadto, że przypadki łagodne z początku, nie przechodzą w błonicę złośliwą. Wiedziano już od czasów Trousseau, a stwierdzali to zawsze do ostatnich czasów klinicyści, że czasami błonica, w pierwszych dniach łagodna, zmieniała swój dobrotliwy charakter, przechodziła w postać złośliwą, śmiertelną; od czasu stósowania surowicy, ani jeden przypadek nie zmienił się w ten niekorzystny sposób, a Obermayer uważa to za wielką zdobycz nowej terapii. Nie jasne dla Kassowitza działanie jadów błoniczych w pierwszym początku choroby na tkankę nerwową porównywa z działaniem fosforu; fosfor opuścił już ustrój zupełnie, a zmiany, wywołane jego obecnością w ustroju, trwają czas dłuższy.

Doc. Fronz, jako asystent kliniki chorób dzieci, zaprzecza, aby obecnie przyjmowano przypadki lżejsze; jak dawniej tak i dzisiaj chorzy zgłaszają się późno, a i lekarze niechętnie odsyłają do szpitali przypadki łagodne. Śmiertelność zmniejszyła się stanowczo po wpływem surowicy. Podczas bowiem gdy w r. 1891 zmarło na błonicę 83·3% leczonych, w r. 1892 76·2%, 1893 = 83·8%, 1894 = 76·2%, to w r. 1895 tylko 37·6, r. 1896 25%, r. 1897 = 33·9%. Poprawiły się też znacznie wyniki po intubacyi i tracheotomii; dawniej ginęło przeciętnie 64.8%, obecnie przeciętnie 33·3% (Fronz prostuje też w tem miejscu mylnie przez Kassowitza podaną obecną śmiertelność 64·7%).

Fronz zauważył stanowczo zmianę w przebiegu przypadków błonicy, leczonej surowicą; obecnie nie spotyka się prawie zupełnie błonicy na ranie tracheotomijnej, rzadkie są zapalenia nerek, stanowczo rzadziej przytrafiają się porażenia pobłonicze.

„Sądziłem — powiada w końcu Fronz — że przeciwnicy surowicy wydobędą na jaw jakieś jej nieznane ujemne strony, przedstawią, jak bardzo ona jest szkodliwa; tymczasem nic takiego niepodniesiono. Wszyscy też zgodzić się muszą, że niema dawki, w którejby surowica działała śmiertelnie; a ponieważ i objawy uboczne są mniejsze, niż przy użyciu innych środków, ztąd też obowiązkiem jest lekarza, od któregoby się w danym razie i Prof. K. nieusunął, surowicę stósować“.

Po Fronzu zabrał głos najpierw Fraenkel i podniósł znaczną poprawę wyników tracheotomii w dławcu w szpitalu Karoliny, pod wpływem surowicy, następnie poraz wtóry zgłosił się do głosu Dr. Kretz:

Na zestawieniach liczb, wyjętych z urzędowych sprawozdań (Öst. Sanitaets-Wesen), wykazuje najpierw, że liczba urzędowo doniesionych przypadków błonicy nie zwiększyła się wcale z chwilą wprowadzenia surowicy, że owszem znacznie większą była kilka miesięcy przed tem, że więc zupełnie bezpodstawnem jest twierdzenie Kassowitza o pochopności w rozpoznawaniu i leczeniu surowicą w tym czasie przypadków, nieuznawanych dawniej za błonicę. Z innego zestawienia, w którem porównano w tym samym czasie odsetek śmierci przypadków zastrzykiwanych i niezastrzykiwanych wynika, że śmiertelność w tej samej epidemii, w tych samych warunkach, wynosiła u nieleczonych surowicą w roku 1896 35·4%, w r. 1897 37·9%, u leczonych zaś w roku 1896 14·5, w r. 1897 15·8%. Porównanie tych wyników jest jednym z najpewniejszych dowodów skuteczności surowicy; trudno bowiem przypuścić, aby rządził tu przypadek i aby zastrzykiwano same tylko przypadki lżejsze, zdając cięższe na inną terapię.

Posiadamy też inne dowody, przekonujące, że zmniejszanie się śmiertelności zależne było wprost od stósowania surowicy. Porównywując czas zmniejszania się śmiertelności z czasem wprowadzenia surowicy, zobaczymy, że daty te nakrywają się w zupełności, równocześnie też zauważyć możemy, że w tym samym czasie trzymała się dawnej wysokości śmiertelność z błonicy w tych szpitalach, w których jeszcze surowicy niewprowadzono. Tak n. p. zmniejszyła się śmiertelność w szpitalu Franciszka Józefa dopiero z początkiem r. 1895, bo też dopiero w tym czasie wprowadzono surowicę, podczas gdy spadła już w IV ćwierćroczu 1894 roku w szpitalu św. Anny, ale też w tym szpitalu stósowano surowicę już od września 1894 r. Ta zgodność czasu wyklucza wszelkie wątpliwości, aby zmniejszenie się śmiertelności mogło zależeć od łagodnej epidemii; czy mógł być innym w tym samym czasie *genius epidemicus* dla szpitala Franciszka Józefa, niż dla szpitala św. Anny?

Oprócz tych liczb przemawiają również za surowicą spostrzeżenia kliniczne. I tak n. p. rzadkie są dziś ciężkie postacie zgorzelinowe, niemniej bardzo rzadkie są te postacie błonicy nosa, w których śmierć była typowym przykładem zakażenia ustroju jadami błoniczymi.

Kretz odpiera w dalszym ciągu zarzuty podniesione przez Kassowitza przeciwko przyjęciu swoistości prątka Löfflera z tego powodu, że znajduje się on prócz błonicy w wielu innych chorobach, niewywołując jednak żadnych zmian Przeciw tym twierdzeniom przytacza Kretz własne badania; przyznaje, że stwierdził kilkadziesiąt razy prątki Löfflera w płonicy, ale też wtedy znachodziły się zmiany anatomiczne, dozwalające rozpoznać, obok płonicy, wikłającą ją błonicę; nigdy zaś nie napotkał prątków błoniczych ani w odrze, ani w płonicy, gdy zmian nie było. Nadmienia także, że i drugie twierdzenie Kassowitza o znachodzeniu się prątków błoniczych w plwocinach suchotników, nie jest prawdziwe, badał bowiem taką plwocinę blisko 1500 razy, zawsze z wynikiem ujemnym.

Urzędowe wykazy stwierdzają, tak kończy Kretz, że zaledwie $^1/_3$ przypadków błonicy w r. 1897 była leczoną w Austryi surowicą. Wykazy te stwierdzają też wysoką śmiertelność 37·9%. Widocznie wielu lekarzy nie stosuje dotąd surowicy, spodziewać się jednak należy, że to dzisiejsze dokładne roztrząśnienie tej sprawy będzie miało ten skutek, że zachęci niejednego do prób, a już to podjęcie prób trzeba będzie uważać za zdobycz; ci wszyscy, co próby podejmą, staną się zwolennikami surowicy, bo mogą być tacy lekarze, którzy wątpią w jej skuteczność, nieufają nowemu środkowi i wytrwale go nie stosują, ale niema takich, którzyby po jednorazowem zastósowaniu surowicy, ją porzucili.

Doc. Dr. Raczyński.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wyciągi.

Lindenthal. **Przyczynek do etyologii bębnicy macicznej (tympania uteri).** *(Monatsschrift für Geb. und Gynäk. Bd. VII. Heft 3)* Wyniki poszukiwań za drobnoustrojem, wywołującym te zmiany, dotychczas nie są zgodne i zadawalniające. Ostateczne badania Gebharda i Wendelera przypisują te zaburzenia działaniu *bacterium coli commune*, a Goebel i Dobbin wymieniają *bacillus aerogenes capsulatus* jako twórcę bębnicy macicznej. Tymczasem autor w pięciu przypadkach *tympaniae uteri*, które miał sposobność spostrzegać i bakteryologicznie opracować na klinice Schauty, znalazł jeden i ten sam laseccznik, który już przedtem wykazał jako swoisty dla *colpitis emphysematosa*. Laseccznik ten rozwijający się bez dostępu powietrza, należy do gromady *bacillus oedematis maligni*, przedstawia się jako krótki, gruby pręcik z zaokrąglonymi końcami, łączący się w krótkie nitki po kilka razem; jest nieruchomy, bez osłonki, nie tworzy zarodków, rośnie bez dostępu powietrza w ciepłocie pokojowej, lepiej w ciepłocie ciała, wytwarza na zwykłej i na cukrowej pożywce obficie gaz, przyczem pożywka kwaśnieje i cuchnie zjełczałem masłem. Laseccznik ten nadto nie rozpuszcza żelatyny, a młode osobniki jego barwią się sposobem Grama. Autor przez zaszczepienie tego laseccznika w jałowej wodzie płodowej otrzymał tworzenie się gazu, a przez wprowadzenie czystej jego hodowli do macicy ciężarnej świnki morskiej, wywoływał u niej stan chorobowy, analogiczny z bębnicą maciczną. Prócz owego laseccznika znalazł autor w przypadkach *tympaniae uteri* trzy razy *bacterium coli commune*, po dwa razy: *streptococcus pyogenes* i *staphylococcus pyogenes albus*, mięszane między sobą, co dowodzi, że zachodziło tutaj zakażenie mięszane przez drobnoustroje, znajdujące się w pochwie, w której żyje także ów swoisty dla bębnicy macicznej laseccznik. Doświadczenia autora wykazały, że *bacterium coli commune* tylko wtedy zdolne jest wywołać w macicy wytwarzanie się gazu, gdy wody płodowe zawierają cukier; tymczasem laseccznik, odkryty przez autora, bez obecności cukru to samo zrobić jest w stanie. *Ww.*

Bremer Ludwik (z St. Louis, Missouri): **Próby anilino-barwne moczu w cukrowce.** *(Centralblatt für innere Medicin 1898, Nr. 13).* Odpowiednio do zachowania się pewnych barwików anilinowych względem krwi osób, chorych na cukrzycę, istnieje podobne zachowanie się ich względem moczu cukrzycowego. W tej próbie moczowej odczyn właściwy nie polega wcale na obecności lub nieobecności cukru jak to i dla swojej próby krwi autor wykazał. Już poprzednio ogłosił on próbę anilino-barwną moczu w cukrzycy (w „New York med. journ.“ 1897, 13/III); teraz zaś podaje uproszczony sposób próby owej, polegającej na różnem zachowaniu się barwików anilino-fioletowych względem moczu prawidłowego, a cukrzycowego.

Sposób jest prosty: Do dwu próbówek najdokładniej wyczyszczonych i osuszonych nalewa się po 10 ctm.³ moczu prawidłowego i cukrzycego, a następnie wrzuca się do obu ledwo na koniec noża ($^1/_2$ mgr. lub mniej) drobniutko roztartego fioletu goryczkowego (Gentiana-violett), ale tak, aby o ile możności krupka barwika padła na środek powierzchni płynu, a nie rozsypała się po ścianach rurki.

Wstrząsany mocz prawidłowy nie wykazuje żadnego zabarwienia, albo bardzo słabe.

Przeciwnie, druga próbówka z moczem cukrzycym nabiera barwy fioletowej.

Szczegółowo rozpatrując obie próbówki, widać, że w moczu prawidłowym barwik przy wstrząsaniu tworzy lekkie obłoczki fiołkowe, które przy dalszem wstrząsaniu giną, i na spód opadają grudki barwika, jakby otulone nieprzepuszczalną dla moczu warstwą, sam zaś mocz nie barwi się wcale, albo nadzwyczaj słabo. Po godzinach, nawet dniach stania nie zmienia się ta sprawa w zwykłej ciepłocie, wyjątkowo w bardzo gorące lato (w dolinie Missisipi) spostrzegał autor, że mocz zabarwiał się po wielu godzinach na czerwonawo.

Tak więc z tego doświadczenia widać, że mocz prawidłowy nie rozpuszcza fioletu anilinowego. Odwrotnie mocz cukrzycy, w którym po wstrząsaniu występuje zabarwienie fiołkowe, nieznikające przy dalszem wstrząsaniu, ale rozdzielające się równomiernie w moczu. Istnieje nawet prosty stosunek pomiędzy natężeniem zabarwienia, a ciężkością cukrzycy. Im wyraźniejszy odczyn barwny, tem cięższa sprawa chorobowa. Jednak należy do próby używać tylko pewnych dobrych barwików, które muszą pływać na powierzchni płynu, a nie spadać natychmiast na dno, bo takie są bezużyteczne. Bremer używał wyrobu Mercka, oznaczonego: „Gentianaviolett B“.

Ciepłota badanego moczu winna się zbliżać do ciepłoty ciała, więc w zimie trzeba mocz ogrzać, ale ostrożnie w kąpieli wodnej.

Podobną próbę daje też fiolet metylowy (Methylviolett (5 B. Merck), to jest, że prawidłowy mocz barwi bardzo słabo na różowo-fiołkowo, a cukrzycy na niebiesko, lub niebiesko-fiołkowo. Od czego odczyn zależy? Nie zależy ani od większej kwasoty, ani od zasadowości moczu, ani też od zawartości cukru, jak się o tem Bremer przekonał. Dalsze jego badania wykazały, że inne barwiki anilinowe, jak czerwień Kongowa, tropeolina, benzopurpuryna i dinitroresorcyna zachowują się znów wręcz odwrotnie względem moczu cukrzycego, to jest że rozpuszczają się łatwiej w moczu prawidłowym (ogrzanym) niż w cukrzycym (ogrzanym). — Zachowanie się właściwe fioletów anilinowych względem moczu prawidłowego zależy od istot odtleniających, których brak w moczu cukrzycym. Znikanie obłoczków fiołkowych w moczu prawidłowym polega na powstawaniu wytworów białków (leukoproduktów).

Wykrył też autor, że błękit etylenowy, podobnie, jak fiolet (w opisany sposób) dodany do moczu, zabarwia mocz prawidłowy na zielono, a cukrzycy na niebiesko. W owych jednak próbach trzeba uważać na tę jeszcze okoliczność, że bardzo nizki ciężar właściwy (niżej 1015, 1014) moczu prawidłowego może sprowadzić podobny odczyn swoisty dla moczu cukrzycego. Toteż próby te w polyuryi jak w *diabetes insipidus*, po obfitem piciu, po środkach moczopędnych, po użyciu wielkiej ilości wyskoku, a zwłaszcza piwa, będą niepewne. Odczyn właściwy, w moczu o wysokim ciężarze (około 1030) dowodzi napewne cukrzycy. W jednym przypadku cukrzycy uleczonej (pozornie), w którym już próby moczowe i krwiowe dawały wynik ujemny, otrzymał Bremer swoją nową próbą anilino-barwną wynik dodatni.

Autor sądzi, że jego próba nowa w wątpliwych przypadkach może rozstrzygnąć chwiejne rozpoznanie, w którem inne próby dawały niepewne lub ujemne wyniki. W każdym zaś razie badania jego rozjaśnią nieco cienie, zalegające pole znajomości chemicznego składu moczu prawidłowego a cukrzycego. *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. Knauer: **Przyczynek do nauki o przeszczepianiu jajników. Poród prawidłowy na końcu ciąży po przeszczepieniu jajników u królika.** *(Centralblatt für Gynäkologie, Nr. 8, rok 1898).* Już z początku roku 1893 przeszczepiał autor jajniki, wycięte u królików na inne miejsce otrzewnej, a mianowicie na *mesometrium* tego samego zwierzęcia i to w ten sposób, że jajnik wszywano częściowo w fałd, utworzony z otrzewnej, a druga połowa jajnika sterczała swobodnie do jamy brzusznej. Podczas zabiegu zwierzęta były uśpione, operowano zaś ściśle bezgnilnie.

Wyniki doświadczeń tych okazały, że jajniki tak przeszczepione, czy to na otrzewnę, czy między mięśnie, przyrastają, są odżywiane i wytwarzają dojrzałe jajka. W trzynaście miesięcy po przeszczepieniu jajników u samicy królika otworzył autor jamę brzuszną i znalazł w *mesometrium* przeszczepiony jajnik wielkości prawie prawidłowej, sterczący częściowo do jamy brzusznej. W jajniku były widoczne trzy

pęcherzyki, które zdawały się być blizkimi dojrzenia. Trąbki były pokręcone, ale bez zrostów; strzępki (fimbriae) dobrze widoczne, ujścia trąbek drożne. Powłoki brzuszne zaszyto i po dwóch miesiącach sparowano króliczycę, która po miesiącu wydała na świat dwoje młodych, zupełnie donoszonych.

Piotrowski.

Doc. Dr. Maks. Sternberg (Wiedeń): **Stosunek nerwic do schorzeń miejscowych.** *(Wien. klin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 20). Stosunek ten może być dwojaki. Albo schorzenie miejscowe sprowadza nerwicę, albo odwrotnie nerwica może się objawiać miejscowo. Rozpoznanie takiego lub owego stosunku jest bardzo ważne, bo w pierwszym razie leczenie winno mieć na celu usunięcie schorzenia miejscowego, zaś w drugim zwalczanie tła chorobowego. Jednakowoż lekarz rzadko potrzebuje się bardzo mozolić nad temi dwiema możliwościami, raczej o wiele częściej przedstawi mu się trzeci, inny, stosunek, że miejscowe schorzenie i ogólna nerwica występują równocześnie i współrzędnie, a rozstrzygnięcie wówczas będzie znacznie trudniejsze, a co gorzej, w razie złego ujęcia zależności wzajemnej, może łacniej zaszkodzić, niż pomódz choremu.

Przykłady są bardzo liczne w kazuistyce tak neurologów, jak specyalistów osobnych narządów. Można je ułożyć w dwa skupienia: w pierwszem stosunek schorzeń miejscowych i nerwic jest tylko pozorny, w drugiem istotny. Należą tutaj nerwice, przypominające poczynającą się nerwicę urazową. Dotyczy to nieraz osób trwożliwego usposobienia, u których, po lekkiem stłuczeniu, zalecił lekarz okłady, opatrunek i t. p. Albo też n. p. młodzi lekarze, lub medycy, z obawy przed zarażeniem się wenerycznem, używszy zapobiegawczo za silnych roztworów żrących lub przeciwgnilnych i sprowadziwszy sobie w ten sposób zmiany miejscowe, trapią się potem widmem chorób wenerycznych.

Czasem znowu miejscowe schorzenie dawno minęło, a ogólna nerwica podtrzymuje objawy miejscowe, n. p. bezgłos histeryczki po rzeczywistem ostrem zapaleniu krtani, albo, co jest rzeczą o wiele mniej znaną, po zapaleniu gośćcowem jednego stawu, pozostaje nerwica tego stawu, podtrzymana ogólną nerwicą.

Bóle zębów u ciężarnych, nerwice przełykowe w latach zwrotu płciowego (klimakteryum), akroparestezya w tymże okresie (to jest nieprzyjemne i bolesne uczucie w rękach i nogach) przechodzą same przez się.

Należy przestrzedz przed nieopatrznem stosowaniem u kobiet w myśl *ut aliquid fiat* przepłókiwań pochwy, nasiadów z wziernikami kąpielnymi, krążków pochwowych, tamponów, bo to często nie jest czem innem, jak samogwałtem z przepisu lekarza. Tak samo czasem zdarzają się mężczyźni, którzy nachodzą lekarzy w celu wprowadzania im zgłębników do cewki moczowej, również dla samogwałtu.

W dawnych czasach, a również i dzisiaj, śród mniej oświeconej ludności rozpowszechnione przekonania o rzuceniu się świerzba w inne miejsce na wewnątrz, o gośćcu tak samo mszczącym się itd., są to wszystko objawy źle powiązane stosunku nerwic do schorzeń miejscowych.

Zbierając wnioski, radzi autor, aby, jeżeli lekarz stwierdzi związek schorzenia miejscowego z nerwicą, nie dawał tego poznać choremu, ale przystąpił zaraz do leczenia miejscowego pod innym pozorem. Jeżeli zaś nie ma wskazania nieodzownego do leczenia miejscowego, to należy kierować się tem, czy jest cierpienie przyrody ruchowej, czy czulnej.

Jeżeli ruchowej, to można oczekiwać skutku dobrego po leczeniu miejscowem, na zasadzie poddania (suggestio). Kiedy jednak objawy są przeważnie czulne w ogólnej nerwicy, lepiej nie zważać wcale na miejscowe schorzenie, bo długie leczenie miejscowe raczej przez samopoddanie (autosuggestio) ustali jeszcze bardziej przekonanie o zmianie miejscowej. Chyba jeżeli są bóle, to te należy usuwać zabiegiem rozciągającym (podanym przez Naegeliego), to jest rozciąganie miejsc bolących. Gdy chory nie wie o tem, że posiada schorzenie miejscowe, lepiej mu nic mówić, a usunąć je. Kiedy zaś już wie, to można poprostu przedstawić mu to schorzenie jako nieprawidłowość wrodzoną, mającą więcej znaczenie naukowe dla lekarza. Niejeden z chorych będzie się jeszcze pysznić tem, że ma coś niezwykłego, co budzi ciekawość u lekarza, a tak słabość ludzka wyjdzie na dobro chorego.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Żółć, jako środek leczniczy, nie może być zaliczona do leków nowych. Organoterapii zasługą, że na wyszłą z użycia „Fel tauri inspissatum“ ponownie zwrócono uwagę. Dr. Gautier (Genewa) zachwala w kamicy żółciowej wyciąg bezbarwny żółci, podawany w małych dawkach, lecz przez czas dłuższy. Wyciąg wyjaławia się w ciepłocie 105° C. i ze 100,0 żółci otrzymuje się 10,0 bezbarwnego wyciągu, który, z powodu niemiłego zapachu i gorzkiego smaku, G. zapisuje w kapsułkach żelatynowych. Lek, tak sporządzony, podaje się podczas obiadu i kolacyi po 0,10. Skuteczność tego leku ma polegać na tem, że zawarte w nim sole żółciowe wpływają na rozpływność cholestearyny; z tego wynika, że przetwory żółci nie działają wypierająco na już istniejące kamienie, lecz tylko, przez rozpuszczanie cholestearyny, zapobiegają kształtowaniu się nowych. Gautier twierdzi, że posiada szereg spostrzeżeń klinicznych, świadczących o skuteczności żółci w kamicy żółciowej.

Kw.

H. Ekstein zachwala zalecony przez Schaffea „kresamin“, jako środek przeciwgnilny, najsilniejszy z gromady fenolów, działający nie tylko powierzchownie, lecz i wgłąb tkanek; przyczem nie jest drażniącym. Używa go autor w chorobach skórnych, szczególnie w leczeniu wyprysku z naciekiem na tle grzybkowem, w figówce (sycosis) i sprawach ropnych w skórze. Posługuje się maścią podług wzoru: „10% Kresamini, 10,0—50,0 Adipis lanae ad 100,0 S. maść na noc, w dzień zaś okłady z K. 1:4000—400“. (Therap. Montsh. 1898. 4).

F. K.

Eichhoff podaje nowy przepis wprowadzonego już dawniej kaptolu: „Rp. Captoli, Ac. tartar., Resorcin. aa 1,0, Ac. salicyl. 0,7, Ol. ricini 0,50, Spir. vin. (95%) 100,0, Essent. flor. aether. qu. s. S. 2 razy dziennie zmywać głowę przy łupieżu“. (Ther. Montsh. 1898. 5).

F. K.

Przy swędzących wysypkach skóry zaleca Drews „Salophen“ (Ther. Montsh. 1898. 3) w dawce 1,0, co 2 godziny proszek. W łuszczycy podaje 10% maść salofenową.

F. K.

Horwitz leczył 105 przypadków rzeżączki, podając w kapsułkach: „Methylenblau 0,1, Ol. Santali, Bals. Copaiv. aa 0,2, Ol. Cinnam. gtt. 1, pro dosi“. Wypływ ropny i objawy zapalne ustępowały po 4—5 dniach, poczem przystępował do leczenia miejscowego; (trudno jednak rozstrzygnąć, który środek ma przewagę w działaniu dodatniem Rf.). (The Philadelphia Policlinic 1898. 8).

F. K.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie z d. 31 Maja 1898 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 8. Jako członkowie przybrani PP. weterynarze Pappée i Rutkowski.

1) Na odezwę Magistratu m. Krakowa, wzywającą do wydania odpowiednich zarządzeń z powodu, że w rzeźni miejskiej sprawdzono ogólną perlicę u krów z kilku miejscowości, położonych w powiecie krakowskim, które dostarczają mleka do jednej z mleczarń krakowskich, uchwalono odpowiedzieć, że sprawa ta przekracza zakres działania Komisyi. Władzą, do tego uprawnioną, jest Starostwo krakowskie.

2) Prof. Bujwid zdaje sprawę z wniosku swego, który Tow. Lek. krak., uchwałą z dnia 27 Października 1897 r., przekazało Komisyi przemysłowo lekarskiej. Wniosek ten opiewał: „Tow. Lek. krak., z uwagi na znaczne rozszerzenie się gruźlicy w oborach, z których mleko dostaje się do użytku ludności, przekazuje Komisyi przemysłowo-lekarskiej obmyślenie środków, dążących do skutecznego przeciwdziałania szerzeniu się gruźlicy za pośrednictwem mleka“. Wnioskodawca, po porozumieniu się z kilkoma członkami podkomisyi, wy-

znaczonej do zbadania tej sprawy, przedstawia naukowy referat, z którego ostatecznie wynika, że jedynym środkiem, stanowczo zaradczym, jest przymusowe, ustawą nakazane szczepienie krów, dla przekonania się które okażą się dotknięte gruźlicą.

Zasadę tę przyjęto i upoważniono Prof. Bujwida do wypracowania odpowiedniego memoryału w tej myśli, by memoryał ten, odczytany i przedyskutowany na najbliższem posiedzeniu Komisyi przemysłowo lekarskiej, mógł być przedłożony Tow. Lek. krak. i przesłany do Rady Zdrowia krajowej, Wydziału krajowego i Towarzystwa Rolniczego. Sekretarz: *Dr. Michał Śliwiński.*

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

IV.

W badaniach nad swoistem „powinowactwem“ pewnych narządów do pewnych drobnoustrojów odrębną drogą postępuje Roger (S. B.). Wstrzykuje on mianowicie w tym celu żywe hodowle wprost do naczyń, doprowadzających krew do danego narządu. Według tego badacza posiada wątroba własność niszczenia prątka wąglikowego (dawkę, która wstrzyknięta do naczyń obwodowych jest bezwzględnie zabójczą, można pomnożyć przytem 64 razy bez szkody dla zwierzęcia!); płuca mają niszczyć paciorkowce, na które wątroba, podobnie jak i na prątek kałowy (bact. coli) żadnego jakoby nie wywiera wpływu; „oidium albicans“ ginie w wątrobie i nerkach, słabiej się rozwija w płucach, natomiast sprowadza szybko śmierć, wstrzyknięte do tętnicy szyjnej i t. p. [1]).

Obok tych najnowszych kierunków zwykłym torem posuwają się badania nad surowicami leczniczemi, z jednej, nad „organoterapią“ i związanemi z nią zagadnieniami, z drugiej strony. Surowica Marmorka, która swego czasu tyle narobiła wrzawy, spotyka się z coraz ostrzejszą krytyką. Świeżo Courmont (S. B.) ogłosił, że surowica ta chroniła zwierzęta tylko od zakażenia jednym gatunkiem paciorkowca, wyhodowanym przez Marmorka; natomiast zaś w doświadczeniach z sześciu innymi paciorkowcami miała surowica nawet ułatwiać zakażenie. Co prawda Lemoine (S. B.) powątpiewa w czystość hodowli Courmonta. Jullien (Soc. de dermatologie) próbował leczyć kiłę zapomocą surowiczego płynu, wypuszczonego z jamy brzusznej chorego kiłowego, dotkniętego marskością wątroby. W jednym przypadku próby te nie powiodły się wcale; w drugim natomiast pod wpływem wstrzykiwań znikła osutka kiłowa (bez nawrotów) tak szybko, że J. nie waha się mówić o znakomitym wyniku leczniczym. O zagadnienia teoretyczne potrącił Phisalix (S. B.) w dalszym ciągu swoich ciekawych badań nad surowicami przeciw jadom wężów. Stwierdził on mianowicie, że surowice te działają nie tylko leczniczo, ale także w pewnych warunkach, jak prawdziwa szczepionka (vaccine), to jest wyzwalają w ustroju zwierzęcia wytwarzanie się odporności, chociaż zadano je w dawce mniejszej, niż doraźnie chroniąca od zatrucia. W ten sposób stwierdził Ph., że pojęcia „biernej odporności“, wiązanego dotychczas ze sposobem działania surowic, nie można przyjmować w znaczeniu bezwzględnem. O ile to spostrzeżenie nie pozbawione jest pewnego znaczenia, o tyle uwagi Bezançona i Griffona (S. B.), że „pneumococcus“ mnoży się trudniej, ale żyje dłużej („in vitro“!) w surowicy zwierząt, które są przeciw niemu odporniejsze, oraz Courmonta i Duffau (S. B.), że po wycięciu śledziony surowica królika staje się silniej zabójczą dla paciorkowca, a przeciwnie więcej sprzyja zakażeniu gronkowcem, zbyt są zagadkowe i oderwane, aby je obecnie można związać ściślej z nauką o odporności. Ciekawym natomiast przyczynkiem są doświadczenia Camusa (S. B), który stwierdził, że własności lecznicze surowicy przeciwbłoniczej i surowic przeciw jadom wężów, utrzymują się po wysuszeniu i ogrzaniu nawet do 110° (przez godzinę a 140° przez kwadrans).

Przy surowicach miejsce wspomnieć o serodyagnostyce. Widal i Sicard (S. B.) opisali niedawno doświadczenia swoje z aglutynacyą w przesączach hodowli prątka durowego pod wpływem surowicy chorych na dur. Pobudką do tego były badania Krausa i Nicollea, którzy stwierdzili powstawanie stratów, podobnych do aglutynacyi samychże prątków, nietylko w przesączach hodowli prątków Ebertha, ale także w przesączach hodowli cholerycznych i prątka dżumy. Otóż W. i S. podają, że zjawisko to występuje zawsze słabo (dopiero w mięszaninie 1:10), bez względu na siłę aglutynacyjną użytej surowicy względem samych prątków durowych, oraz że dodanie do przesączonej hodowli innych gatunków prątków zjawiska nie ułatwia; wobec czego należy wnosić, że aglustynacya mało zależy od jakiejś istoty chemicznej, wydzielonej do podłoża, lecz prawie wyłącznie od jakiejś istoty, zawartej w samych komórkach drobnoustrojów swoistych duru. Znaczenie odczynu Widala zdawałoby się zyskiwać wobec tych wyników.

Bourges i Méry (S. B.), próbując wykształcić serodyagnostykę nosacizny, doszli do wyników pomyślnych, jednakże ustępujących w cień wobec doskonałego środka rozpoznawczego, jakim jest maleina; sądzą oni jednakże, że opracowany przez nich sposób rozpoznawczy może być użyteczny w przypadkach ostrych, w których odczyn na maleinę jest niewyraźny, lub zgoła zawodzi.

Organoterapia nie może pochwalić się wielu nowymi plonami. Gilbert i Garnier (S. B.) próbowali w sześciu przypadkach błędnicy podawać szpik kostny — bez najmniejszego wyniku. Niewiele lepsze zdają się być skutki podawania nadnercza w chorobie Addisona; Béclère (S. M. H.) stosował to leczenie przez 5 miesięcy bez szkody u jednego ze swych chorych, ale także bez widocznego skutku, zadając dziennie 15 do 20 gramów nadnercza; dopiero po zarzuceniu leczenia pojawiła się zwolna poprawa stanu zdrowia tak znaczna, że chory mógł powrócić do swych zajęć, i utrzymująca się już od lat trzech; sam mowca jednak podkreśla, że w chorobie Addisona zdarzają się samoistne, nieraz długotrwałe, przerwy i poprawy. To samo należałoby powiedzieć o chorym Hayema, który nie znosił dawek wyższych nad 10—15 grm. dziennie; po leczeniu stan ogólny nieco się na krótko poprawił; chory umarł w dwa lata później. Gaillard nie uzyskał w swoim przypadku żadnych wyników. W rozprawach uczestniczył jeszcze Widal, który radzi prób nie zaniechać, choć sam uzyskał tylko przejściowe polepszenie stanu ogólnego, dochodząc do 12 grm. dziennie; po ponownem pogorszeniu chory nawet tej dawki nie znosił i wkrótce potem zmarł [2]).

Do teoretycznych podstaw organoterapii możnaby się doszukiwać danych w badaniach nad „wydzielaniem wewnętrznem“ pewnych narządów i wpływie powstających wytworów na czynności ustroju. W tym kierunku przeprowadzał niedawno badania na szerszą skalę Livon (S. B.), który sądzi, że można wszystkie narządy podzielić na dwie gromady: jedne wydzielają do krwiobiegu istoty, podnoszące parcie i zwalniające tętno: tu należą, obok nadnerczy, gruczoł tarczykowy, nerka, śledziona, przysadka mózgowa (glandula pituitaris) i gruczoł przyuszny. W drugiej gromadzie, której wytwory obniżają parcie i przyspieszają tętno, mają się znajdować: wątroba, płuca, trzustka, grasica, jądra i jajniki. Pachon (S. B.) utrzymuje, że śledziona wytwarza

---

[1]) Szczegółowo sprawę odporności zajął się Charrin w szeregu świetnych wykładów, wypowiedzianych w półroczu zimowem w „College de France“; tu je pomijam, gdyż mają ukazać się drukiem.

[2]) Z zakresu uznanych dawniej środków tego rodzaju, dość ciekawe jest spostrzeżenie Mossego i Cathala, odnoszące się do tyreoidyny. Podając ją matce, a zarazem karmicielce noworodka, dotkniętego wolem wrodzonym, osiągnięto u dziecka wyleczenie, u matki (również wolem dotkniętej), znaczną poprawę. (Ac. d. M.).

istotę, wpływającą na wydzielanie trypsyny w trzustce. Przyszłość pokaże, czy nie za dużo odkryto tych „wydzielin wewnętrznych“.

Obok nowych sposobów leczniczych wyciągnięto niedawno w „Academie de médecine“ na światło dzienne — zapomniane trochę pryszczydła z pryszczawek (kantaryd). Początek długiej rozprawie dało wystąpienie Robina, usiłującego zrehabilitować, obok pryszczydła, także środki wymiotne i upust krwi. Powołując się głównie na wpływ tych środków na chemizm i mechanizm oddychania, radby R. przywrócić im dawniejsze znaczenie w leczeniu niektórych cierpień płuc i oskrzeli. Zaraz na tem samem posiedzeniu znaleźli się i zwolennicy i przeciwnicy wywodów Robina. Trasbot powoływał się na uznaną skuteczność wszystkich trzech środków.... w weterynaryi; Huchard sądził, że upusty krwi mogą być bardzo zbawienne w zakażeniach i chorobach serca, wobec pryszczawek był jednak ostrożniejszym i choć pragnałby je zatrzymać w użyciu, to jednak ostrzega przed nimi w przypadkach „nieprzepuszczalności“ nerek. Laborde przypomniał o niebezpieczeństwie zatrucia kantarydyną. W dalszym ciągu rozpraw wskazał Ferrand na to, że rana, powstająca po pryszczydle, może być łatwo wrotami dla zakażenia, i uwzględnił często zdarzający się szkodliwy wpływ kantarydyny na nerki; jednakże, potępiając pryszczydła u chorych, dotkniętych marskością nerek, nie wahał się przypuścić, że w zapaleniu miąższowem nerek mogą one przeciwnie wywrzeć niekiedy wpływ korzystny. Głównem wskazaniem dla użycia pryszczydeł mają być według F., zapalenia błon surowiczych; środek ten nie jest przeciwwskazany także w niektórych zakażeniach, przynajmniej na początku, jeżeli istotnie wywołuje hiperleukocytozę, jak to twierdził Robin; w końcu pewne działanie wywierają pryszczydła, zdaniem F., w niektórych rodzajach drgawek. Po stronie Robina i Ferranda stanał Lancereux, twierdząc, że zapomocą pryszczydeł ocalił życie jednemu choremu na zapalenie płuc, a nawet, że widział wpływ bardzo korzystny w zapaleniu nerek i Daremberg, zalecający pryszczydła w suchotach płucnych, powolnie przebiegających, a to mianowicie w chwili nawału do płuc, jeźli ciepłota nie przekracza 38·5° C., oraz w zapaleniach płuc ogniskowych, nierozległych i niepołączonych z krwiopluciem; natomiast potępia D. pryszczydła w gruźlicy, rozwijającej się szybko, rozległej, lub połączonej z wysoką gorączką, jakoteż wobec krwioplucia. Za to Huchard jeszcze dobitniej zaznaczył swe przeciwne poglądy, podnosząc, że wszystkie te korzystne wpływy na czynność oddechania, jakie Robin przypisuje pryszczydłom, osiągnąć można innymi środkami, wyliczając cały szereg szkód, jakie ustrój przez pryszczydła ponieść może i wyszukując tyle przeciwwskazań, że właściwie trudnoby wobec nich znaleźć odpowiednie pole dla zastosowania tego środka. Obrona zwolenników dawnego arsenału leczniczego nie sprawia wrażenia dostatecznej, zwłaszcza wobec wystąpienia Cornila, który oparł się na danych anatomicznych, opisał cechy morfologiczne działania kantarydyny na narządy wewnętrzne, a przedewszystkiem na nerki i podniósł, że skoro w zapaleniach nerek zawsze obok miąższu bierze udział tkanka międzymiąższowa, to przypuszczenie Ferranda, iż działanie pryszczydeł może być korzystnem w pewnych postaciach zapalenia nerek, gdy w innych bezwzględnie jest szkodliwem, nie posiada naukowego uzasadnienia. Pamiętając bajeczkę o szewcu i Appelesie, nie mogę wyniku tych rozpraw zebrać w ogólny wniosek; mimowolnie jednak nasuwa się uwaga, że sposób, w jaki je prowadzono, niekiedy trochę „myszką tracił“, a rozumowania, w rodzaju przytoczonych przez Ferranda, że tylowiekowe używanie pryszczydła musiało mieć swój słuszny powód i nas zapewne przeżyje, przypomina trochę nasze: „Nie było nas, był las, nie będzie nas, będzie las“ i corocznie ponawianą naradę nad litera *A* wielkiego słownika w gronie czterdziestu nieśmiertelnych w pałacu Mazarine.

Za to Akademia umiejętności w Montpellier, może chcąc okazać się bardziej postępową, a może obawiając się tego, co zdarzyło się onego czasu Akademii paryskiej z hipnotyzmem, próbowała naukowo sprawdzić rzekome „widzenie przez ciała nieprzeźroczyste“, wkraczając w ten sposób potrosze na pole, zajęte przez modny dziś „okultyzm“. Dla zbadania „medium“, zapadającej w hipnozę histeryczki, którą zaopiekował się z początku niejaki Dr. Ferroul, wysłano na miejsce dwóch fizyków, adwokata i znanego prof. Grasseta. Komisya, używszy odpowiednich ostrożności przy wykonaniu doświadczeń, stwierdziła proste oszustwo. Sceptycy tryumfują; entuzyaści ciągle mimo to zapewniają, że nauka zyska z czasem nowy szereg przyrodniczych faktów, odwołując się na promienie Röntgena, jako rzecz przechodzącą do niedawna najśmielsze sny filozofów, a dziś dobroczynną własność ogółu, znajdującą codziennie nowe zastósowanie w medycynie.

Dr. Ciechanowski.

IX. Wiadomości bieżące.

† Dr. Alfred Obaliński

profesor zwyczajny i kierownik kliniki chirurgicznej w Krakowie, b. radca miejski, członek honorowy i b. prezes Towarz. lekar. krakowskiego, członek honorowy Towarz. ratunkowego w Krakowie, członek zwyczajny licznych towarzystw naukowych w kraju i za granicą, mąż zasłużony w nauce i społeczeństwie, rozstał się z tym światem dnia 17 lipca b. r. w 54-tym roku życia.

Kraków, 21 Lipca.

Dnia wczorajszego złożyliśmy na wieczny spoczynek śmiertelne szczątki człowieka, którego stratę odbolеć, wartości moralnej dorównać, zasługom sprostać, a jako człowieka i kolegę zastąpić — bodaj że... nie potrafimy. Wśród najgłębszego przygnębienia i pierś duszącego smutku postępował za trumną ś. p. prof. Obalińskiego cały Kraków, z żalem w sercu i ciężką troską w duszy.

O naukowej i zawodowej działalności zmarłego profesora zdamy sprawę na innem miejscu: dziś, pozostając jeszcze pod wrażeniem ciosu, zdołamy zaledwo zaznaczyć, że społeczeństwu ubył człowiek niepospolity, że ze śmiercią Alfreda Obalińskiego traci wszechnica Jagiellońska zamiłowanego w nauce profesora, młodzież — gorliwego nauczyciela, liczne instytucye naukowe i obywatelskie — sumiennego i pracowitego członka, my, lekarze, najserdeczniejszego, najwięcej umiłowanego kolegę, a redakcya „Przeglądu lekarskiego“ — wieloletniego członka Komisyi redakcyjnej, współpracownika, który piórem i radą był niestrudzonym orędownikiem naszego pisma.

Bóg obdarzył przecudowną harmonią tę zacną i czystą duszę: surowej nucie zawodu lekarskiego odpowiadała w zmarłym tkliwa struna człowieka altruisty; posępnej działalności chirurga wtórowało pogodne usposobienie towarzyskie, swoboda ducha; w parze z pracą naukową i nauczycielską szło gorliwe i sumienne pełnienie obowiązków w towarzystwach i instytucyach lekarskich, sanitarnych, humanitarnych, literackich i t. d. Ś. p. Obaliński dotknął swą ręką wszystkich strun społecznego naszego życia, to też śmierć jego, to nie jest strata dla jednego zawodu, czy jednej instytucyi: odczuje ją ogół we wszystkich swych wzniosłych usiłowaniach naukowych i społecznych, a w pierwszej linii odczuje redakcya naszego pisma, która zaciągnęła względem zmarłego niewypłacalny dług wdzięczności.

Wieczna i niespożyta pamięć zasłużonemu!

* Z ostatnich dni ś. p. prof. Obalińskiego. Przed miesiącem stan ogólny chorego o tyle się był poprawił, że przybyło go nawet nieco na wadze. Jednak na naradzie, która się odbyła w początkach czerwca z współudziałem profesorów Neissera i Mikulicza, postanowiono wykonać laparotomię, jeśliby ówczesna poprawa stanu ogólnego zawiodła. Na dni 10 przed zgonem chory począł zdradzać objawy rozwijającego się wyczerpania sił. Dnia 16 b. m. wykonał prof. Mikulicz laparotomię; nowotworu, jakto było za życia przewidziane, nie było. Pęcherzyk żółciowy okazał się małym, skurczonym i pustym W przewodzie pęcherzykowym, który, również jak i woreczek, rozcięto, tkwił kamień, po usunięciu którego wszedł operator łyżeczką do przewodu wątrobowego, skąd wygarnął drugi konglomerat zlepionej miazgi szutrowatej. Sama wątroba była już twardszą, skurczoną, zziarniałą. Przypuszczać należy, że i drobniejsze kanaliki wątrobowe przepełniała taka sama gliniasta masa zbita, której wyczerpany ustrój nie był w stanie wydalić. W niedzielę pod wieczór chory szybko zaczął upadać na siłach, a umysł jego jasny, począł się zaciemniać. Życie zakończył w poniedziałek rano, wśród zupełnej nieświadomości i ostatecznego wyczerpania.

* Wydział krajowy, uznając wyjątkowe zasługi ś. p. Prof. Dra Alfreda Obalińskiego, jako b. prymaryusza oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w ciągu lat 27, uchwalił, aby pogrzeb odbył się kosztem funduszu szpitala św. Łazarza.

* Dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jag. otrzymał wyrazy „najgłębszego współczucia“ z powodu śmierci ś. p. Prof. Obalińskiego: od prof. Hlavy z Pragi, w imieniu czeskiego Wydziału lekarskiego i Spolku czeskich lekarzy; od Dra Święcickiego z Poznania, w imieniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk i Dra Bogdanika, prymaryusza w Białej.

* Profesorowie: Gluziński, Obrzut i Rydygier zastępowali na pogrzebie ś. p. Obalińskiego Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego. Ostatni przemawiał w imieniu rzeczonego Wydziału i instytucyi „Zjazdów chirurgów polskich“.

* Sekcya lwowska Towarz. lekarzy galicyjskich reprezentowaną była na wczorajszym pogrzebie przez jej prezesa, Dra Macheka.

Liczne grono dawnych lekarzy pomocniczych ś. p. prof. Obalińskiego, idąc za głosem serca, przybyło na pogrzeb swego ukochanego mistrza i b. przełożonego.

* Dr. Obtułowicz, c. k. lekarz powiatowy we Lwowie, przesyła nam szczere wyrazy współczucia z powodu dotkliwej straty, jaką ponosi redakcya naszego pisma przez śmierć ś. p. prof. Obalińskiego.

* Nad trumną ś. p. prof. Obalińskiego przemawiali: Prof. Kostanecki, prof. Rydygier, prof. Trzebicky, Drowie: Kwaśnicki, Droba i Pacyna.

* Prawdopodobnie już wkrótce wejdzie w życie fundacya konkursowa ś. p. Dra Michała Zieleniewskiego, zmierzająca do poparcia polskiego piśmiennictwa balneologicznego. Jak wiadomo, zapisał ś. p. Zieleniewski na ten cel sumę 10.000 złr., jako kapitał żelazny, zostający pod zarządem krakowskiej Akademii umiejętności. Coroczne odsetki tej sumy mają w całości i wyłącznie stanowić nagrodę za prace, poświęcone „ściśle naukowemu badaniu i opisowi rodzimych wód mineralnych polskich“, — bądźto nadesłane, jako rozwiązanie zadań konkursowych, ogłoszonych w tym celu przez Akademię, bądź też złożone Akademii w rękopisie lub w druku, a zawierające treść dowolnie przez autora obraną. Pragnieniem fundatora było, aby zadania i prace konkursowe miały za przedmiot naukowe zbadanie i opis nie pojedynczych źródeł naszych wód mineralnych, ale całych działów wód lekarskich polskich, jakoto: szczaw, wód siarczanych, żelazistych i t. d. Fundusz konkursowy nie może służyć na zapomogi w celu podjęcia takich badań, lecz jedynie na nagrody za gotowe już prace. Dalej postanowił fundator, aby przedmiotem konkursu co lat dwadzieścia było uzupełnienie wydanego przez niego „Słownika bibliograficzno-balneologicznego polskich zakładów zdrojowo-kąpielowych“; co dwadzieścia też lat ma Akademia zarządzić ponowne wydanie uzupełnionego „Słownika“ z odsetków od kapitału fundacyjnego. Gdyby po latach zagadnienia balneologiczne, dotyczące polskich zdrojowisk, zostały wyczerpane, wówczas dopiero odsetki funduszu mogą być przez Akademię obrócone na nagrody za najlepsze dzieła lekarskie polskie, bez względu na to, której gałęzi nauk lekarskich dotyczyć będą.

Szlachetne zamiary fundatora, który całe swe życie rodzimej balneologii poświęcił i zapisem swoim zapewnił ciągły rozwój piśmiennictwa balneologicznego polskiego, — obecnie nieco leżącego odłogiem, znajdą niewątpliwie energiczną wykonawczynię w naszej Akademii, która, zapewne zaraz po objęciu zapisu w swój zarząd, rozpisze pierwszy konkurs imienia ś. p. Zieleniewskiego.

* W zeszły poniedziałek odbył się wykład habilitacyjny Dra Ludwika Świtalskiego na temat: „O rzeżączce kobiecego narządu płciowego“.

* W sobotę odbył się w lwowskim Uniwersytecie habilitacyjny wykład Dra Józefa Wiczkowskiego z zakresu chorób wewnętrznych.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich otrzymali: Emilian Garguliński i Antoni Schudmak.

* W drodze prywatnej dowiadujemy się, że w mającej się w m. wrześniu otworzyć szkole im. Tadeusza Kościuszki w Białej, obowiązki lekarza szkolnego obejmie człowiek o tak szerokiem wykształceniu zawodowem, jak Dr. Bogdanik. Obywatelski ten obowiązek, bo tak go pojął Dr. Bogdanik, dostaje się w ręce najwięcej powołana i każe pod względem zdrowotnym najlepiej wróżyć o tej szkole kresowej.

* W Nrze 29 *Časopisu lékařů českých* czytamy uwagę, że miejscowy Komitet czeski zaproponował poznańskiemu Komitetowi gospodarczemu, ażeby VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbył się w Pradze, a wśród motywów tej propozycyi podaje „Časopis“ i ten, że, słusznie czy niesłusznie, udział Czechów w tym Zjeździe miał być dla władzy pruskiej powodem zakazu.

Pragnęlibyśmy szczerze, ażeby koledzy czescy nie posądzili nas, Polaków, że to my właśnie żywimy takie przekonanie: zaszczytny udział lekarzy i przyrodników bratniego narodu wysoce sobie cenimy, gdzie i kiedy zakazany Zjazd odbędzie się, na ich przyrzeczenie i naukowe współpracownictwo liczymy. Według naszego mniemania przyczyny zakazu pruskiej władzy tkwią w dziejowym stosunku obu narodów: niemieckiego i polskiego; sięgają one tak dobrze zamierzchłych czasów historyi, jak i nowoczesnych dziejów i wypadków; jaka tam kropla spowodowała przelanie się przez brzegi nienawiści germańskiej, to prawdziwie rzecz podrzędna. Intelektualne potrzeby lekarzy i przyrodników polskich znajdą swój wyraz w zjeździe na innem miejscu. Bolejąc szczerze nad tem, że brutalna siła odtrąca nas od wielkopolskiej kolebki narodu, to jednak na chwilę nie zapominamy, że są jeszcze inne ogniska duchowego życia polskiego, gdzie VIII Zjazd przyrodniczo-lekarski spełni swe zadanie, a do uświetnienia którego, nie wątpimy, potężnie przyczyni się naukowy współudział braci Czechów.

Mianowania. Doc Dr Otto Schwarz mianowany został profesorem nadzwyczajnym okulistyki w Lipsku. Profesorem medycyny i dyrektorem kliniki chorób wewnętrznych w petersburgskiej wojennej Akademii lekarskiej mianowany został Dr. S. Botkin, syn profesora, który z tej katedry nauczał przez 23 lat.

Nekrologia. W Turynie zmarł w 58 roku życia prof. anatomii Dr. Karol Giacomini.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* (Nr. 29): Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego. Sterlinga S.: Olej sezamowy. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 29): Dra Brunnera M.: O najnowszych postępach na polu rentgenografii i rentgenoskopii. Dra Higiera: Histerya u kota i kanarka. Dra Malinowskiego A.: Uwagi kliniczne o krztuścu i jego powikłaniach.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Szadek: Remarkson pemphigus vulgaris (Odbitka), 1898 r.

— Tenże: A peculiar casa of dermatotis herpetiformis of Duhring. (Odbitka), 1898 rok.

— Dr. Bogdanik: Dziesięcioletnie sprawozdanie z szpitala powszechnego w Białej (1887—1897). Poznań.

— Tenże: Epiplocele dextra subacuta appendicitidem simulans (odbitka). Wiedeń, 1898.

— Higier: W kwestyi etyologii i istoty nerwic czynnościowych (odbitka). Warszawa, 1898.

— Tenże: Hysterie bei einer Katze und einem Kanarienvogel (odbitka). Lipsk, 1898.

— Tenże: Ein Fall von Neuritisoptica mit 4 wöchentlicher doppelseitiger, in complete Heilung ausgegangener Blindheit (odbitka). Lipsk, 1898.

— Dr. Majewski K.: Ueber verbrennbare Eiterbecken. Beitrag zur chirurgischen Nachbehandlung (odbitka). Wiedeń, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków 30. Lipca 1898. Nr. 31.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z Instytutu anatomiczno-patologicznego prof. Dra A. Obrzuta.

Torbielkowate zwyrodnienie nerek u noworodka.

Podał

Dr. J. Krzyszkowski,

asystent.

Przypadek, który zamierzam opisać, jest zajmujący nie tylko ze względu na zmiany w nerkach, lecz i z powodu nieprawidłowości, stwierdzonych w innych narządach. Z góry zastrzegam się, że nie myślę podawać wyczerpującego studyum przedmiotu, lecz może nie od rzeczy będzie krótkie zestawienie teoryj, podawanych na wytłómaczenie tej tak interesującej zmiany chorobowej. Czynię zaś to tem chętniej, gdyż sądzę, że przytoczenie tych rozlicznych zapatrywań rzuci światło i na mój przydek.

Że zwyrodnienie torbielkowate nerek, wcale nie tak rzadko spotykane, jako zmiana często przypadkowa na sekcyach, należy odnieść do życia płodowego, obecnie zdaje się nie podlegać żadnej wątpliwości. Oprócz obrazów mikroskopowych, przemawia zatem ciągłość przypadków, to znaczy, że spotykamy je u osobników w różnym wieku, oraz jednoczesne rozliczne nieprawidłowości rozwojowe w innych narządach.

Znacznie zwyrodniałe nerki mogą wywołać niezdolność płodu do życia; a stać się to może tak wskutek samej destrukcyi miąższu nerkowego, jako też przy względnem utrzymaniu substancyi nerkowej, w następstwie utrudnionych ruchów [1]) przepony, niedodmy płuc, lub wreszcie powiększonych do znacznych rozmiarów nerek, stanowiących przeszkodę przy akcyi porodowej. Pierwsze wzmianki o tym przedmiocie spotykane w literaturze podane były przez położników, bez jakiegokolwiek tłómaczenia tego objawu. W późniejszych czasach, jak o tem wspomina Beckmann, odnoszono te zmiany do choroby Brighta i nie odróżniano zwyrodnienia od innych torbieli, spotykanych w nerkach. Dopiero od pamiętnej pracy Virchowa „Über congenitale Nierenwassersucht“ i „Über Nierencysten“, pracy, która rzuciła nowe światło na tę sprawę, zaczęto baczniejszą zwracać uwagę na ten objaw. Oprócz rozprawy Virchowa naliczamy około stu różnych prac o tym przedmiocie; ważniejszych teoryj, usiłujących wyjaśnić tę sprawę patologiczną, mamy pięć, a mianowicie: [2])

a) Teorya Virchowa odnosi powstawanie torbieli do retencyjnego rozszerzenia kanalików i kłębuszków, wskutek zmian przewlekłych w brodawkach (Fibrosis papillaris, Pyelopapillitis fibrosa). Przewlekłe te zmiany mają być zejściem sprawy ostrej, przebytej w łonie matki. Virchow też pierwszy stawia to przypuszczenie, że torbielowate zwyrodnienie, spotykane w późniejszym wieku, przynajmniej w większości przypadków musi pochodzić z czasu życia płodowego [3]). „Ich schloss daraus, das die Bedingungen der Erkrankung in dem mütterlichen Organismus liegen müssen“ i pyta „welcher Natur die Abweichungen des Mutterkörpers sind, durch welche eine so mächtige Abweichung ausgeübt wird“.

b) Sabourin, Hufschmid, Nauwerck i Kahlden uważają tę zmianę za nowotwór, analogiczny do torbielaka wielokomorowego jajników (kystoma multiloculare ovarii), na dowód zaś tego przytaczają: bujanie brodawkowate do nielicznych torbieli, bujanie przybłonków wewnątrz małych torbielków, oraz bujania na kształt prążków komórek przybłonkowych w międzymiąższowych przestrzeniach pomiędzy torbielami.

c) Köster, opierając się na dawnej teoryi Kupffera o rozwoju nerek, teoryi twierdzącej, że kanaliki, wydzielające i zbierające, wytwarzają się osobno i dopiero spajają się ze sobą w pewnym okresie rozwoju nerek; przypuszcza on, że nie doszło do spojenia się obu dróg, a kanaliki wydzielające wytwarzają potem torbiele.

d) Bloud-Sutton twierdzi, że torbiele nie są wytworem kanalików nerkowych, lecz pochodzą z rozstrzeni resztek pierwotnej nerki (Urniere).

e) Kimla buduje swe zapatrywanie na tle teoryi rozwoju nerek, opiewającej, że wszystkie kanaliki w całej swej długości rozwijają się z prążka nabłonkowego, będącego podstawą samej nerki i odprowadzających dróg moczowych. W chwili, gdy szczątkowe (rudimentarne) kanaliki są już wytworzone, z niewiadomej bliżej przyczyny przychodzi do bujania blaszki zarodkowej średniej (mezodermalnej), tak, że kanaliki zostają w przebiegu swym naruszone i poprzedzielane. Od stopnia wyrządzonego nieporządku tem bujaniem zależy rodzaj i rozległość zwyrodnienia. Zwyrodnienia torbielkowate nerek dzieli Kimla na następujące trzy działy: [4])

α) Nerka torbielkowata wrodzona, bardzo rzadko spotykana u płodów.

β) Zwykłe zwyrodnienie torbielkowate, zdarzające się w różnym wieku.

γ) Nerka o dużych torbielach, rzadko się wydarzająca. Wrodzona nerka torbielkowata, jest, jak wyżej wspomniałem, objawem bardzo rzadkim, a według Kimli, który przejrzał całą literaturę, znanych jest tylko sześć przypadków, mianowicie przypadki: Virchowa, Hanaua, Burgera, Kahl-

[1]) Virchow.

[2]) Hlava Obrzut, Anatomia patologiczna i bakteryologia (czeska).

[3]) Virchow, Archiv Virchowa XLIV.

[4]) Kimla, Degenerace kystická ledvin, Rozprawy czeskiej Akademii w Pradze.

dena i dwa przypadki Kuhli, — mój byłby siódmym, jakkolwiek od poprzednich różny.

Wyciąg z protokółu sekcyjnego jak następuje:

Jan Stojanowski, noworodek 2-dniowy. Dnia 10. lutego 1898, przywieziono do szpit. św. Zofii, dziecko dwudniowe, wymiotujące. Stwierdzono brak rzyci i niedrożność cewki moczowej. Gdy cięcie międzykrocza w głąb dało wynik ujemny, założono rzyć sztuczną. Przy tem zakładaniu nacięto jakiś pęcherz, z którego wylał się mocz. Rozp. kliniczne *Atresia ani et vesicae.*

Rozp. anat. patol. *Agenesia ani. Atresia recti, ac vesicae. Fistula congenitalis recto-vesicalis. Diverticulum ac hypertrophia vesicae urinariae, dilatatio ureterum, hydronephrosis, ac degeneratio cystica renum. Ductus Bothalli ac foramen ovale aperti. Atelectasis pulmonum. Anus praeternaturalis ac incisio ureteris sinistri factae.*

Opis. Zwłoki dziecka płci męzkiej, długości 50 ctm., o skórze lekko żółtaczkowej, donoszone; ponad ością górną i przednią talerza biodrowego (spina anterior superior) rana chirurgiczna; z wszytego w brzegi jej jelita wydobywa się treść do smółki podobna; drugie głębokie cięcie w miejscu rzyci, w którego dnie widnieje tkanka tłuszczowa. Zgłębnik wprowadzony do prącia na przestrzeń 3 ctm., napotyka na opór. Zresztą oględziny zewnętrzne nie okazują żadnych nieprawidłowości. Czaszka, opony i mózg prawidłowe. Jamy opłucnowe puste, opłucna prawidłowa, płuca mniej powietrzne. Osierdzie, mięsień i zastawki sercowe — prawidłowe; przewód Botalla drożny dla grubego zgłębnika. Oba przedsionki łączą się przez otwór, utworzony zachodzącymi na siebie półksiężycowato blaszkami śródsierdzia. Otrzewna, narządy wewnętrzne i górny odcinek przewodu pokarmowego zmian nie okazują.

Natomiast tuż nad spojeniem łonowem wypukla się pęcherz moczowy, wielkości jaja gęsiego, o ścianach zgrubiałych, mięsistych; ponad pęcherzem zaś widać zagięcie esowate jelita grubego, w znacznym stopniu rozszerzone i zajmujące prawie całą środkową i dolną część jamy brzusznej. Ściany, w stosunku do rozstrzeni, nieco grubsze, wewnątrz obfita żółtawo-zielona, ciemna, do smółki podobna treść; błona śluzowa makroskopowych zmian nie okazuje. Wspomniane jelito, kończąc się ślepo w jamie Douglasa, przylega do dolnej ściany pęcherza moczowego i w tem miejscu znajduje się mały, w głąb wciągnięty, otworek; wprowadzony doń zgłębnik przeciska się do pęcherza moczowego. Pęcherz zawiera nieznaczną ilość moczu krwawo zabarwionego, ściana jego mięsista, na 1 ctm. gruba; błona śluzowa zaczerwieniona, a na niej parę małych wiśniowej barwy, polipowatych wybujałości. Wprowadzony palec w głąb napotyka uchyłek prawie tak wielki, jak sam pęcherz. Uchyłek ten leży w miejscu trójkąta Lieutauda. Sciany jego grube. Błona śluzowa szarawo-biała, gładka, okazuje następujące otwory: Jeden wyżej wspomniany, a komunikujący z ową rozszerzoną częścią zagięcia esowatego, — w samym środku uchyłka. Dwa otwory, będące ujściami moczowodów, ułożone w miejscach odpowiednich, wreszcie czwarty cieniutki, prowadzący do cewki moczowej na $1^1/_2$ ctm. Zgłębniki wprowadzane od przodu i od tyłu do cewki moczowej, nie dochodzą do siebie; — ze względu na preparat muzealny cewki nie przecinano. W dnie uchyłka znajdują się jeszcze dwa postronkowate zgrubienia, przebiegające skośnie ku tyłowi zewnątrz, a gubiące się w ujściach moczowodów. Moczowody tuż przy ścianie pęcherza rozszerzone ampułkowato; dalszy ich przebieg odpowiada obrazowi zwykłej puchliny nerkowej (hydronephrosis), t. j. są one rozszerzone, ściana zgrubiała, w osi długiej pokręcone, przeglądają i wypuklają się przez otrzewnę.

Obie nerki powiększone, — ułożenie ich prawidłowe. Nerka lewa powiększona, przegląda przez ścieńczałą nad nią otrzewną jako guz o powierzchni nierównej. Wymiary 8—4·5—3·5. Przez torebkę przeglądają torbiele; torebka schodzi nieco trudniej; powierzchnia, z powodu wypuklających się torbielek, nierówna. Na powierzchni, pośród licznych drobnych torbielek, widać parę znaczniejszych, wielkości grochu, o ścianach ścieńczałych, a treści wodojasnej. Na przekroju spotykamy następujący obraz: miedniczka rozszerzona, miąższ nerkowy, w stosunku do wielkości narządu, ścieńczały, na najgrubszych miejscach wynosi 12 ctm. O odgraniczeniu piramid i budowie mowy niema; nigdzie śladu prawidłowego utkania, a całość zajęta bardzo licznymi, od najdrobniejszych, prawie że drobnowidowych, do wielkości siemienia, torbielkami. Treść ich wszystkich przeźroczysta, płynna, wodojasna, ściany gładkie. Barwa całego utkania szaro-różowa, miąższ jędrny, zbity. Sciany miedniczki zgrubiałe, kielichy rozszerzone, pojedyncze brodawki niewidoczne, a na ich miejscu po kilka małych, jakby ukłócia szpilki, otworków. Błona śluzowa miedniczki szarawo-biała; miedniczka, jakoteż moczowód lewy, zawierają skąpą ilość cieczy przeźroczystej.

Nerka prawa powiększona, jednak od lewej mniejsza, wymiary 6·5—3·5—2·5. Torebka schodzi łatwo; po zdjęciu jej widać powierzchnię zasianą licznymi, bardzo drobnymi wielkości maku torbielkami. Torbielki te są szaro-białawe, na szczycie przeświecające, nie wypuklają się. Na powierzchni całej nerki widać wyraźne pojedyncze zraziki (renculi). Odgraniczenie i budowa na przekroju widoczne; barwa różowa. W istocie korowej i rdzennej widać mniej liczne, drobne torbielki. Miedniczka i kielichy rozszerzone, ściana ich zgrubiała, barwa błony śluzowej szaro-biaława, a na tem tle widać szaro-różowe szczyty przypłaszczonych brodawek. Miedniczka i moczowód są wypełnione treścią moczową, przeźroczystą, o charakterze nieco śluzowym. Naczynia nerkowe żylne i tętnicze nie okazują zmian makroskopowych.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

W sprawie diazoreakcyi Ehrlicha w moczu

napisał

Dr. Antoni Krokiewicz,

prymaryusz.

(Ciąg dalszy).

II. Vitia cordis. W przebiegu chorób narządu krążenia wykonano 2016 razy diazoreakcyę w 107 przypadkach, a mianowicie:

w przebiegu	*Endarteritis chron.*	603	razy	w	34	przyp.
„	*Endocardit. aort. chr.*	132	„	„	5	„
„	„ *mitral. chron.*	732	„	„	35	„
„	*Endocard. mitr. Myocard.*	19	„	„	2	„

w przebiegu	*Pericardit. chr. adhaes.*	85	razy w	5 przyp.
„	*Myocarditis chron.*	353	„ „	19 „
„	*Insuff. m. cordis in ind. c. kyphoscoliosi*	92	„ „	7 „
		2016	„ „	107 „

Prawie w każdym pojedyńczym przypadku wykonywano znaczniejszą liczbę diazoreakcyj: od 34—98. W 20-tu przypadkach, w czasie spostrzegania klinicznego, nastąpiło zejście śmiertelne. Zazwyczaj diazoreakcya nie występowała w moczu w przebiegu zaburzeń w narządzie krążenia; w rzadkich przypadkach i to skoro poczynały się objawy znaczniejszej niedomogi mięśnia sercowego, wytwarzały się zawały krwawe w płucach, lub dołączała się n. p. sprawa zapalno-ropna w tkance podskórnej, lub w narządach wewnętrznych, można było ją stwierdzić w moczu, jako zjawisko przemijające. Nie zawsze jednak w czasie niedomogi mięśnia sercowego pojawiała się w moczu diazoreakcya Ehrlicha; w kilku przypadkach, w których nastąpiło zejście śmiertelne i gdzie sekcya nie wykazała żadnego powikłania, pomimo wykonywania diazoreakcyi 48, 65, 66 razy, otrzymywaliśmy wynik ujemny. Diazoreakcya w przebiegu zaburzeń w narządzie krążenia nie jest przeto zjawiskiem stałem; w razie jednak wystąpienia jej w moczu stanowi częstokroć zapowiedź znaczniejszej niedomogi mięśnia sercowego; z chwilą polepszenia się stanu mięśnia sercowego zwykła ustępować.

III. Choroby narządu trawienia.

a) W przebiegu zaburzeń w przewodzie pokarmowym (żołądka i jelit) wykonano diazoreakcyę w 56 przypadkach 482 razy a mianowicie:

w 6	przypadkach	*Catarrhus ventriculi acid.*	68	razy
w 8	„	„ *gastroduodenalis*	79	„
w 4	„	*Gastritis acuta*	25	„
w 3	„	*Gastroenteritis choleriformis.*	8	„
w 10	„	*Catarrhus ventriculi mucosus*	79	„
w 6	„	*Ulcus ventriculi rotundum.*	113	„
w 4	„	*Enteritis follicularis.*	79	„
w 11	„	*Dysenteria*	11	„
w 1	„	*Typhlitis stercoralis*	6	„
w 2	„	*Coprostasis*	3	„
w 1	„	*Stenosis intestinorum e periton. chr.*	11	„
w 56			482	„

We wszystkich tych przypadkach diazoreakcya wypadła ujemnie i tylko w przebiegu zapalenia mieszkowego jelit, w okresie ropienia (Enteritis follicularis in stadio suppurationis), od czasu do czasu, zgodnie z pojawieniem się gorączki, można było zauważyć i diazoreakcyę w moczu. Nadmieniamy jednak, iż nie należy mięszać odczynu bilirubinowego w przypadkach żółtaczki, który występuje po dolaniu do moczu żółtaczkowego odczynnika Ehrlicha (kwas sulfanilinowy, kwas solny, azotyn sodowy), powodując zabarwienie burgundowo czerwono, atoli znika po podaniu amoniaku.

b) W przebiegu chorób wątroby wykonano diazoreakcyę w 14 przypadkach 344 razy. W 9 przypadkach marskości zanikowej miąższu wątrobowego (Cirrhosis hepatis atrophica) wykonano diazoreakcyę 239 razy — i to w 2 przypadkach po 90 razy, a w innych po kilka lub kilkanaście razy. Sekcyą stwierdzono w 2 przypadkach rozpoznanie kliniczne. Nadmienić należy, iż jeśli nie zachodzi powikłanie marskości miąższu wątrobowego ze zmianami przewlekłemi nerek, występuje w moczu od czasu do czasu diazoreakcya niezależnie od bilirubiny. Natomiast nie stwierdzono ani razu diazoreakcyi w przebiegu 4 przypadków kamicy żółciowej (Cholelithiasis) podczas przesuwania się kamyków żółciowych (Colica hepatica), pomimo 38° C. gorączki i wykonania diazoreakcyi 89 razy. W jednym tylko przypadku, gdzie sekcya stwierdziła zapalenie błonicze ściany woreczka żółciowego (Cholecystitis diphteritica e cholelithiasi. Abscessus hepatis) i ropnie w miąższu wątrobowym, w ciągu 16-dniowej obserwacyi klinicznej, każdego dnia można było zauważyć diazoreakcyę Ehrlicha w moczu.

IV. Morbus Brighti. W przebiegu przewlekłego zapalenia nerek wykonano diazoreakcyę Ehrlicha w moczu 1151 razy w 65 przypadkach chorobowych. W 14 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne z powodu zapalenia przewlekłego nerek, przyczem oględziny pośmiertne nie wykazały żadnego powikłania. Liczba doświadczeń w pojedyńczym przypadku wynosiła 76, 66, 65, 52, 40, 36 (2 razy), 32, 30 (5 razy); zresztą wykonano diazoreakcyę w pojedyńczych przypadkach po kilka lub kilkanaście razy. Wynik zawsze był ujemny nawet i wtedy, gdy w przebiegu zapalenia przewlekłego nerek dołączyła się krótkotrwała gorączka z powodu powikłania z zapaleniem dławcowem migdałków (tonsillitis crouposa), lub z zapaleniem miąższowem migdałków (tonsillitis parenchymatosa). Tylko w 2 przypadkach u chorych, u których poprzednio przez dłuższy czas z powodu cierpienia skóry stosowano zewnętrznie przetwory chryzorabinowe, występowała diazoreakcya od czasu do czasu w słabym stopniu.

V. Choroby układu nerwowego.

W przebiegu chorób nerwowych wykonano 990 razy diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, w 75 przypadkach chorobowych, a mianowicie w przebiegu:

Neurasthenia	60	razy	w 8	przyp.
Hysteria	36	„	w 7	„
Epilepsia	168	„	w 11	„
Paralysis agitans	10	„	w 1	„
Chorea major	3	„	w 1	„
Mbs. Basedovi	15	„	w 2	„
Idiotismus-Cretin.	18	„	w 2	„
Commotio cerebri	9	„	w 2	„
„ *medullae spin.*	19	„	w 1	„
Paralysis nervi fac.	22	„	w 1	„
Pacchymening haem.	2	„	w 1	„
„ *cervicalis hypertroph.*	1	„	w 1	„
Tumor ad basim cerebri	33	„	w 5	„
Apoplexia cerebri. Hemipl.	115	„	w 5	„
Dementia (Scleros. diss.)	53	„	w 3	„
Paralysis bulbaris	38	„	w 1	„
Tabes dorsualis	134	„	w 4	„
Sclerosis lateralis	23	„	w 3	„
Myelitis transversa	109	„	w 9	„
Syringomyelia	54	„	w 1	„
Neuritis ischiadica	68	„	w 6	„
	990	„	w 75	„

We wszystkich przypadkach nie stwierdzono ani razu diazoreakcyi Ehrlicha w moczu, pomimo że w przypadku zapalenia przerostowego opony rdzenia pacierzowego w czę-

ści szyjnej (Pacchymeningitis hypertrophica cervicalis) nastąpiło zejście śmiertelne wśród głębokiej odleżyny na kuprze i za życia kilkakrotnie spostrzegano ciepłotę 38° C. a odczyn wykonano na kilka dni przed śmiercią. Liczba doświadczeń ograniczała się do kilkunastu w pojedynczym przypadku; niekiedy jednak dochodziła wcale pokaźnej ilości i tak n. p. w wiądzie rdzenia pacierzowego (Tabes dorsualis) po 80 i 42 razy, w udarze mózgowym (apoplexia cerebri) 99 razy; w padaczce (epilepsia) 116 razy itd.

VI. Choroby krwi i nieprawidłowej przemiany materyi.

a) W przebiegu niedokrewności wykonano 326 razy diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, w 22 przypadkach chorobowych, a mianowicie:

w przebiegu	*Chloranaemia*	wykonano	70 razy	w 9	przyp.
„	*Haemophilia*	„	10 „	w 1	„
„	*Anaemia perniciosa* . .	„	73 „	w 4	„
„	*Hydraemia p. dysenteriam*	„	104 „	w 5	„
„	*Leucaemia* .	„	30 „	w 2	„
„	*Pseudoleucaemia*	„	39 „	w 1	„

We wszystkich tych przypadkach diazoreakcya wypadła ujemnie. W przypadkach białaczki prawdziwej i wrzekomej można było niejednokrotnie stwierdzić gorączkę wyższą nad 39° C. W jednym przypadku złośliwej niedokrewności postępowej, białaczki i choroby Hodgina nastąpiło zejście śmiertelne, a sekcya nie wykazała żadnego powikłania.

b) W 2 przypadkach cukrówki (diabetes mellitus), gdzie ilość cukru wahała między 7·5% a 9·5%, wykonano 46 razy diazoreakcyę. Diazoreakcya w przebiegu cukrówki dawała wynik ujemny i tylko raz w przypadku, który zakończył się śmiertelnie, zauważono w przebiegu krwawego zawału płucnego diazoreakcyę w moczu. Sekcya w tym przypadku wykazała: *Embolia arteriae pulmonalis utriusque. Hyperaemia passiva renum et hepatis. Gangraena lobi superioris d. post infarctum.*

VII. Zatrucia ostre w ustroju. W przebiegu zatrucia ustroju wyskokiem, gazami, alkaloidami, metaloidami wykonano w 13 przypadkach 64 razy diazoreakcyę, a mianowicie:

w przebiegu ostrego zatrucia wyskokiem	w 5 przyp.	wykonano	42 razy
w przebiegu ostrego zatrucia tlenkiem węgla	w 1 „	„	1 „
w przebiegu ostrego zatrucia kokainą	w 1 „	„	2 „
w przebiegu ostrego zatrucia morfiną	w 1 „	„	2 „
w przebiegu ostrego zatrucia kwasem karbolowym . .	w 1 „	„	3 „
w przebiegu ostrego zatrucia fosforem	w 4 „	„	13 „;

nigdy nie otrzymano diazoreakcyi w moczu. Wszystkie przypadki były wkrótce po zatruciu leczone w szpitalu i zakończyły się pomyślnie, prócz zatrucia CO.

VIII Rozmiękczenie kości. (Osteomalacia). W przebiegu rozmiękczenia kości wykonano 47 razy diazoreakcyę u 6 kobiet; wynik zawsze był ujemny. Badaniu podlegały cięższe przypadki. Liczba doświadczeń w jednym przypadku wynosiła 30, a w drugim 13; zresztą ograniczono się do jednorazowego badania.

IX. Dur brzuszny. (Typhus abdominalis). W durze brzusznym wykonano diazoreakcyę 836 razy w 40 przypadkach chorobowych. Przeważnie były ciężkie przypadki duru brzusznego w pełnym rozwoju; tylko w jednym przypadku chory znajdował się w leczeniu szpitalnem, z powodu zakrzepu żyły udowej lewej, w następstwie przebytego duru brzusznego. W każdym przypadku duru brzusznego z początku choroby, a mianowicie w I. i II. okresie klinicznym, zauważyć można było silną diazoreakcyę, która w III. okresie klinicznym słabła znacznie, a w IV. brakowało jej.

Jeśli pomimo wysokiej gorączki diazoreakcya słabiej wypadała, lub był jej brak, zawsze można było dobrze rokować; jeśli zaś pomimo zmniejszenia się gorączki, lub nawet jej ustąpienia, diazoreakcya utrzymywała się w tym samym stopniu, albo nawet wzmagała się, stanowiło to zapowiedź nawrotu lub zejścia śmiertelnego. W jednym zaledwie przypadku u nałogowego pijaka, po przebytym durze brzusznym, można było jeszcze przez kilkanaście dni, w okresie ozdrowienia, stwierdzić diazoreakcyę Ehrlicha w moczu. Na 40 chorych tylko dwie osoby zmarły z duru brzusznego; jedna w końcu II. okresu klinicznego i anatomicznego — bez powikłania, druga z powodu powikłania duru brzusznego ropniami płuc. W obu przypadkach diazoreakcya występowała bardzo silnie aż pod koniec życia. Zresztą pomimo powikłań z zapaleniem ropnem ucha środkowego, lub głębokiemi odleżynami (w 4 przypadkach), zgodnie z brakiem diazoreakcyi w moczu, nastąpiło wyzdrowienie. W jednym przypadku dur brzuszny przebiegał z pozorami: *Nephrotyphus*. Najwięcej w pojedynczym przypadku wykonano diazoreakcyę 53, 46, 45 razy; najmniej 11 razy. W przypadku w którym chory okazywał zakrzep żyły udowej, w następstwie przebytego duru brzusznego, wykonano 38 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym. Na podstawie naszego doświadczenia klinicznego uprawnieni jesteśmy do twierdzena, iż diazoreakcya występuje zawsze w pierwszych okresach duru brzusznego i stanowi dlań jeden z objawów chorobowych; tudzież, że pojawienie się diazoreakcyi w durze brzusznym wskazuje na sprawę chorobową rozwijającą się, a więc tem samem groźną i nie dozwalającą na dobre rokowanie, podczas gdy ustąpienie jej jest zapowiedzią pomyślnie przebiegającego duru brzusznego. Wystąpienie diazoreakcyi w okresie ozdrowienia wskazuje na nawrot duru brzusznego. Diazoreakcya w durze brzusznym, to drogowskaz dla lekarza.

X. Zimnica. (Intermittens, — Malaria). W przebiegu zimnicy wykonano 337 razy diazoreakcyę w 61 przypadkach chorobowych. W 56 przypadkach można było stwierdzić ostry okres chorobowy; w 5 przypadkach zakażenie zimnicze przewlekłe, charakteryzujące się zabarwieniem ziemistem skóry i obrzękiem przewlekłym śledziony. Przeważnie obraz chorobowy odpowiadał torowi zimnicy codziennej (Febris intermittens quotidiana), lub trzeciaczkowej (F. intermittens tertiana); w 2 tylko przypadkach torowi zimnicy czwartaczkowej (F. intermittens quartana), a w 3 przypadkach zimnica występowała pod postacią kliniczną nerwobólów — i to dwa razy w zakresie nerwu oczodołowego gór-

nego (neuralgia supraorbitalis), a raz nerwów lędźwiowych (neuralgia lumbalis). W jednym przypadku, w przebiegu przewlekłego zakażenia zimniczego, przebiegającego za życia z objawami klinicznymi niedokrewności złośliwej, sekcya stwierdziła: *Anaemia permagna. Melanosis hepatis ac lienis.* W przypadku tym wykonano diazoreakcyę 4 razy z wynikiem ujemnym. Zauważyć należy, że często w okresie ostrego napadu zimniczego, — jednak nie zawsze, pomimo 40° C. gorączki, — występuje diazoreakcya; prawie zawsze brak jej w okresie dreszczów. Niejednokrotnie można było stwierdzić diazoreakcyę przez kilka dni po napadach zimnicy. W przypadkach zakażenia przewlekłego jadem zimniczym diazoreakcya tylko raz wystąpiła; zresztą zawsze wynik jej był ujemny.

XI. Róża. (Erysipelas). W przebiegu róży wykonano diazoreakcyę 887 razy w 59 przypadkach. Największa liczba w pojedynczym przypadku wynosiła 23, 35, 36, 37, 39, 52 razy; zresztą wykonywano ją po kilka lub kilkanaście razy. I tu nie można przypisać diazoreakcyi ważniejszego znaczenia. W jednym bowiem przypadku, który zakończył się śmiertelnie z powodu róży, diazoreakcya przez cały czas obserwacyi klinicznej wypadała ujemnie. Sekcya w danym przypadku stwierdziła: *Dermatitis bullosa ac phlegmonosa cruris sin. Pacchymeningitis haemorrhagica. Atheromatosis universalis.* Podobnie i w przypadku klinicznego rozpoznania *Erysipelas cruris sin. ss. phlegmone*, gdzie gorączka przez kilka dni dochodziła 39·4° C, nie można było stwierdzić w ciągu 17-dniowej obserwacyi klinicznej ani jednego razu dodatniego wyniku diazoreakcyi. Wogóle, na 56 przypadków róży, stwierdzono w 26 przypadkach diazoreakcyę. Zazwyczaj towarzyszyła ona cięższym postaciom róży, choć nie brak jej było i przy lekkich. Należy też podnieść, iż diazoreakcya nie zależała od gorączki. Niejednokrotnie wydarzało się, iż gorączka już opadła, a diazoreakcya przez następnych kilka dni silnie występowała. Również i z obecności diazoreakcyi nie można wnioskować na skłonność szerzenia się róży, jak to poucza doświadczenie kliniczne; nieraz bowiem zauważono brak diazoreakcyi Ehrlicha w moczu, chociaż sprawa chorobowa okazywała charakter róży wędrującej.

Zapalenie ropne tkanki podskórnej (Phlegmone erysipelatosa) jako powikłanie róży nie wpływało na pojawienie się diazoreakcyi. Niemniej i zapalenie ropne w innych narządach, jak n. p. w jednym przypadku u kobiety, u której w następstwie silnej róży twarzy i głowy, połączonej z wysoką, do 40° C. dochodzącą gorączką, dołączyło się zapalenie ropne gruczołu przyusznego (parotitis suppurativa sin.). W przypadku tym wykonano 35 razy diazoreakcyę zawsze z wynikiem ujemnym.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyona w Paryżu.

Badania kliniczne wyników obustronnego trzebienia w przypadkach przerostu gruczołu krokowego

podali

Prof. Dr. Albarran i Dr. Bolesław Motz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

II. Wpływ trzebienia obustronnego na pęcherz.

Dzięki badaniom Guyona i Bohdanowicza wiemy, jak ważną odgrywa rolę pęcherz wśród objawów „prostatyzmu“. Znamy szereg przypadków tego cierpienia, w których, pomimo wybitnych objawów, rozmiary gruczołu krokowego pozostały zupełnie prawidłowe. Na 130 prostatyków, badanych przez nas w tym kierunku [1]), u 36 badanie przez odbytnicę nie mogło wykazać wcale powiększenia tego gruczołu. Koniecznem jest przeto dla ocenienia wpływu obustronnej kastracyi w przeroście gruczołu krokowego, zbadać działanie tego zabiegu na pęcherz, a przedewszystkiem na jego kurczliwość. Rozpatrzymy to według 4 kategoryj podanego powyżej podziału.

a) Utrudnione moczenie bez zatrzymania moczu. U chorych tego rodzaju kurczliwość pęcherza jest utrzymana, lecz zwiększona częstość moczenia wskutek przekrwienia pęcherza i gruczołu krokowego, a niekiedy i wskutek przyłączającego się zapalenia (cystitis). Według zebranej statystyki obustronna kastracya u takich chorych prowadzi szybko do wyzdrowienia lub do znacznej poprawy objawów utrudnienia moczenia i zapalenia pęcherza. Ponieważ objawy te u prostatyków należy kłaść na karb przedewszystkiem stanu przekrwienia, z drugiej zaś strony we wszystkich tych przypadkach spostrzegano zmniejszenie rozmiarów gruczołu krokowego, przeto należy przyjąć, że otrzymana poprawa stanowi wynik ustąpienia przekrwienia w następstwie operacyi.

b) Przypadki z ostrem zatrzymaniem moczu. Wyniki, otrzymane po trzebieniu w tych przypadkach są rzeczywiście godne uwagi. Na 20 chorych operowanych, znajdujemy 3 przypadki śmierci; u pozostałych 17 poprawa nastąpiła z szybkością niekiedy zastanawiającą. Czterech z pomiędzy nich było w możności już w kilka godzin po operacyi oddać mocz samodzielnie, 8 zaś w ciągu pierwszego tygodnia. W najpóźniejszym przypadku poprawa ta nastąpiła dopiero po upływie miesiąca od operacyi. Jednakże spostrzeżenia nie są dość dokładne co do tego, czy wszyscy chorzy po operacyi doszli do możności dokładnego opróżniania pęcherza, lub też ilu ich musiało jeszcze używać cewnika.

Dodać tu należy, iż ani jeden z autorów nie podaje, aby widział w jakim przypadku po operacyi powtórne zatrzymanie moczu, nawet w ciągu obserwacyi rocznej lub dwuletniej. Jest to tem godniejsze uwagi, jeśli uwzględnimy jak częste bywają nawroty tego cierpienia u prostatyków. Co się tyczy mechanizmu poprawy w tych przypadkach, to niewątpliwie i ustąpienie przekrwienia ma znaczenie pierwszorzędne.

c) Przypadki z zatrzymaniem przewlekłem niezupełnem. Odnoszących się tu spostrzeżeń zebraliśmy 41, z pomiędzy których 4 zejścia śmiertelne, u 4 chorych ilość moczu zostającego nie zmniejszyła się po operacyi wcale, w 14 przypadkach nastąpiła poprawa ze zmniejszeniem się pozostającej ilości, wreszcie u 19 chorych wyleczenie zupełne tak, iż mogli oni opróżniać pęcherz — dokładnie i dobrowolnie.

Obok zmniejszania się lub znikania pozostającego w pęcherzu moczu, we wszystkich spostrzeżeniach zaznaczają autorzy poprawę lub ustąpienie zapalenia (cystitis) i rzadsze oddawanie moczu. Mówiąc wogóle, zmniejszanie się gruczołu krokowego posuwało się równolegle do zmniejszania ilości pozostającego moczu, aczkolwiek i w tym względzie były wyjątki. W jednym mianowicie przypadku chory po operacyi nie potrzebował już pomocy cewnika, chociaż przez 9 miesięcy jeszcze gruczoł krokowy pozostawał dużym; przeciwnie zaś u innego chorego, pomimo stopniowego zmniejszenia się gruczołu przynajmniej o $^3/_4$ pierwotnej wielkości, ilość pozostającego moczu w ciągu 2 lat utrzymywała się na tym samym poziomie. Z pomiędzy więc całej liczby operowanych w 33 przypadkach nastąpiło wyleczenie lub poprawa w czynności pęcherza; w przypadkach zaś niepomyślnych, gdzie nie zmniejszyła się ilość pozostającego moczu, przynajmniej moczenie stało się rzadsze.

[1]) Motz. Resultats de l'examen clinique de 130 prostatiques. *Congrès d'urologie*, 1897.

d) Przypadki z zatrzymaniem przewlekłem zupełnem. Ogólna liczba należących tu spostrzeżeń wynosi 49; w nich: 10 przypadków śmierci, 5 nieudanych pod względem poprawy w moczeniu, w 14 samodzielne moczenie powróciło częściowo i w 20 wyleczenie, gdyż chorzy po operacyi mogli opróżniać pęcherz w zupełności.

Rozpatrując bliżej przypadki nieudane spostrzegamy i tu pewne polepszenie, wyrażające się rzadszą potrzebą cewnikowania; zresztą spostrzegania, dotyczące tych chorych, przeważnie prowadzone były zbyt krótko. W przypadkach wyleczenia lub polepszenia godne jest zaznaczenia, że poprawa następowała szybko po operacyi, częstokroć tego samego dnia, lub nazajutrz po operacyi, wreszcie na trzeci dzień. Jednakże w większości przypadków następowało to dopiero w parę lub kilka tygodni. Wielu z tych chorych cierpiało na zatrzymanie moczu od bardzo dawna, od lat wielu. Nie jesteśmy jednakże w możności na podstawie danych, które posiadamy, określić jakiegoś stosunku pomiędzy długością trwania cierpienia i rodzajem otrzymanych wyników, wszakże pomiędzy spostrzeżeniami są takie, w których wyleczenie nastąpiło po 3—18 latach trwania choroby.

Wogóle mówiąc, polepszenie postępuje stopniowo i zazwyczaj równolegle ze zmniejszaniem się gruczołu krokowego, które jednakże niekiedy nawet nie następuje. Nie można jednakże orzec, czy lepsze są wyniki w przypadkach przerostu miękiego czy twardego.

Dla wytłómaczenia dodatniego wpływu trzebienia w przypadkach utrudnionego moczenia i ostrego zatrzymania moczu u prostatyków wystarczało przytoczyć usunięcie przekrwienia, od którego przedewszystkiem zależą występujące tu objawy chorobowe. Inne czynniki uwzględnić należy w zatrzymaniu przewlekłem; nimi są: z jednej strony istnienie przeszkody mechanicznej ze strony przerosłego gruczołu krokowego, z drugiej, siła kurczliwości pęcherza. Na sam gruczoł krokowy trzebienie, jak widzieliśmy, działa dwojako, usuwając przekrwienie i powodując zanik tkanki gruczołowej; w ten więc sposób zmniejsza się przeszkoda mechaniczna do opróżniania pęcherza. Z drugiej strony wytrzebienie zwiększa siłę kurczliwości pęcherza, jak tego dowodzą badania doświadczalne jednego z nas (Albarran). Badając za pomocą manometru kurczliwość pęcherza u chorego, cierpiącego na zatrzymanie moczu niezupełne, stwierdzić można było: 1) przed operacyą kurczliwość pęcherza udawało się pobudzić dopiero wprowadzeniem 300 grm. płynu i po chwilowem trwaniu, znikała znowu; 2) w 3 miesiące po wytrzebieniu dla pobudzenia kurczliwości, wystarczało już 180 grm. i siła jej wzmagała się w miarę wlewania płynu do pęcherza.

Tego dodatniego wpływu na ściany pęcherza nie możemy tłómaczyć samem tylko zmniejszeniem się gruczołu krokowego, gdyż mamy spostrzeżenia kliniczne, gdzie w takich przypadkach nastąpiła zupełna poprawa, podczas gdy rozmiary gruczołu nie uległy zmianie, i to poprawa występująca niekiedy już w kilka godzin lub w kilka dni po operacyi. Przypuścić więc należy tu pewien wpływ dynamiczny trzebienia na tę siłę kurczliwości pęcherza, będącą u prostatyków do pewnego stopnia w stanie utajenia.

Ciężkość zabiegu operacyjnego.

W następstwie trzebienia obustronnego powstają pewne zaburzenia ogólne, szczególnie w sferze psychicznej, nadto zabieg ten daje znaczną odsetkę śmiertelności. Według zebranych przez nas liczb znajdujemy na 124 przypadki 18 przypadków śmierci, a więc 14,5%. Ta rzeczywiście duża śmiertelność zależy niewątpliwie od tego, że znaczna liczba tych chorych bywa operowaną wśród objawów zakażenia nerkowego lub ogólnego. Jednakże, jeżeli porównamy wynik taki z danemi liczbowemi, odnoszącemi się do prostatyków ze szpitala Neckera, u których nie robiono wcale operacyi, a śmiertelność wynosi 31 na 220 przypadków, czyli 14%, to widzimy, że liczby te, tu i tam są identyczne. Dowodzi więc to, iż operacya sama przez się nie jest ciężką i że unikniemy takiej śmiertelności, operując tylko takich chorych, u których nie znajdziemy przeciwwskazań w rodzaju wymienionych powyżej.

Zaburzenia psychiczne występują, przybierając czasem nawet postać ciężką, trwają zazwyczaj jednak krótko, kilka dni i znikają bez śladu. W przypadkach bardzo ciężkich, zakończonych śmiercią, niepodobna orzec, o ile przyczyną tu nie były powikłania ogólne, zależne od zakażenia i zatrucia moczowego. Z drugiej strony istnieją spostrzeżenia dowodzące dodatniego wpływu operacyi na stan umysłowy.

Wskazania obecne do trzebienia.

Przytoczone badania kliniczne dowodzą, jak znakomite wyniki lecznicze daje trzebienie obustronne u prostatyków.

Rozpatrując wyniki te według kategoryj, widzieliśmy, iż trudności w moczeniu i zapalenie pęcherza ustępowały lub ulegały zmniejszeniu we wszystkich przypadkach; ostre zaś zatrzymanie moczu zawsze ustępowało bardzo szybko. W przypadkach zatrzymania moczu przewlekłego niezupełnego po trzebieniu pozostałość moczu w pęcherzu znikała zupełnie, lub zmniejszała się i objawy chorobowe ucichały. Wreszcie w przypadkach zatrzymania przewlekłego zupełnego operacya uleczyła wielu chorych, dotąd będących niewolnikami cewnika, u innych nastąpiła znaczna poprawa, wraz z polepszeniem stanu kurczliwości pęcherza.

Wyniki te z czasem jeszcze wzrastają i w ten sposób, zamiast groźnego postępu cierpienia, rozwija się wzrastające stopniowo polepszenie stanu zdrowia.

Wobec tak pomyślnych wyników pooperacyjnych zabieg ten należałoby polecać w większości przypadków. Jednakże rzadko kiedy chory, nawet w bardzo późnym wieku, zgadza się chętnie na wytrzebienie; z drugiej zaś strony nie należy zapominać, że operacya ta, aczkolwiek nie groźna u osób zdrowych, łatwo może przyśpieszyć śmierć u ciężko chorych.

Z tych więc powodów należy odrzucić operacyę w przypadkach zakażenia nerek, lub ciężkiego zakażenia ogólnego; nadto w tych przypadkach przerostu gruczołu krokowego, które mogą być wyleczone sposobami prostszymi. Dopiero kiedy te okażą się nieskuteczne lub kiedy wystąpią nawroty cierpienia, grożące przejściem w stan przewlekły, wówczas można polecić zabieg operacyjny, zarówno jako środek leczniczy, jak i zapobiegawczy.

Istnienie w przeroście gruczołu krokowego guza wewnątrzpęcherzowego, w okolicy szyjki, nie stanowi stanowczego przeciwwskazania; jednakże odpowiedniejszy zabieg stanowi tu prostatektomia, która działa tu bezpośrednio na miejsce przeszkody i bez wielkiego niebezpieczeństwa daje wyniki bardzo dobre i znacznie pewniejsze, niż trzebienie.

Odkąd Socin starał się udowodnić, że trzebieniem nie osięga się prawie żadnych wyników w przypadkach przerostu twardego, wielu autorów tę postać przerostu gruczołu krokowego uważa za przeciwwskazanie do operacyi. Niestety, nie mamy żadnych pewnych danych do ocenienia związku pomiędzy budową histologiczną gruczołu, a jego zbitością. Twierdzenie, iż gruczoły twarde odpowiadają postaciom przerostu włóknistego, miękkie zaś odpowiadają przerostowi gruczołowemu, jest bardzo często mylne i nie odpowiada rzeczywistości, która daje przykłady wprost przeciwne. Nie można przeto opierać wskazań operacyjnych na wrażeniu, co do zbitości gruczołu, jakie otrzymujemy badaniem przez odbytnicę, tembardziej, że ; istnienie przerostu twardego nie stanowi przeciwwskazania do trzebienia, które i w takich przypadkach wpływać może dodatnio. Tłómaczy się to tem, że i w przeroście włóknistym znajduje się jeszcze dość tkanki gruczołowej; z drugiej zaś strony doświadczenia wykazują, że i samo podścielisko z tkanki łącznej ulegać może pewnym zmianom po operacyi.

Nadto zawsze uwzględniać należy i to, że pomyślne wyniki po trzebieniu obustronnem przypisać trzeba nietylko wpływowi na przerosły gruczoł, lecz i bezpośredniemu dzia-

łaniu na ściany pęcherza, co może mieć miejsce w każdej postaci przerostu.

Co się tyczy kurczliwości ścian pęcherza, to jej utrata nie zdaje się nam, aby stanowiła przeciwwskazanie operacyjne. Wiemy, że zmiana ta stanowi następstwo stwardnienia (sklerozy) ściany pęcherzowej; jeżeli więc zmiany te są wysokiego stopnia i kurczliwość pęcherza znikła od dłuższego czasu, to wobec nieuleczalności takiego stanu słusznem zdaje się zdanie, iż operacya jest tu bezcelową i niepotrzebną.

Jednakże nie wiemy bynajmniej, czy taka zupełna utrata kurczliwości była kiedy stwierdzona u prostatyków: nie znajdujemy bowiem nigdzie w zebranych spostrzeżeniach. W każdym razie zmniejszenia, czy utraty kurczliwości pęcherza u prostatyków nie można kłaść na karb tylko stwardnienia (sklerozy), lecz uwzględnić trzeba i dwa inne czynniki, utrudniające odpływ moczu, a mianowicie przerost gruczołu i przekrwienie ściany. Jakkolwiek usiłowalibyśmy tłómaczyć teoretycznie ten fakt, niewątpliwą jest rzeczą, że pęcherze niezdolne do opróżniania się nawet od dłuższego czasu, po wytrzebieniu odzyskiwały w mniejszym lub większym stopniu swą kurczliwość. Jeżeli dodamy, że w niektórych z pomiędzy tych przypadków gruczoł krokowy nie miał dużych rozmiarów, przypuścić należy, iż trudność moczenia zależną była głównie od słabości pęcherza.

Aczkolwiek zatem na podstawie dotychczasowych danych klinicznych nie możemy określić dokładnie wzajemnego stosunku pomiędzy stanem kurczliwości pęcherza a wskazaniem lub przeciwwskazaniem do trzebienia, nie ulega wszakże wątpliwości, iż operacya ta przedstawia daleko więcej widoków powodzenia tam, gdzie kurczliwość pęcherza jeszcze się zachowała: choć z drugiej strony spostrzeżenia dowodzą możliwości poprawy po wytrzebieniu w takich przypadkach, w których kurczliwość ta zdawała się zupełnie zniesioną.

W końcu podnieść musimy dodatni wpływ obustronnego trzebienia na inne czynniki wśród objawów prostatyzmu. Mianowicie, operacya ta ułatwia wprowadzanie cewnika, zwalcza potężnie przekrwienia pęcherza nawet krwotoczne, wreszcie stanowi najpewniejszy środek w przypadkach często powracających zapaleń jąder u prostatyków.

IV. Oceny i sprawozdania.

Ziegler: **Lehrbuch der allgemeinen pathologischen Anatomie und Pathogenese.** Wydanie IX. Jena. 1898 r. Nakł. Fischera.

Szybko po sobie następujące wydania jakiegokolwiekbądź dzieła świadczą o jego poczytności, a w dziełach naukowych, i o wartości.

Tak się rzecz ma z anatomią patologiczną Zieglera, której część ogólna, zawierająca także patogenezę, ukazała się w dziewiątem wydaniu.

Częste pojawianie się nowych wydań czyni autorowi, zajmującemu bardzo poważne stanowisko w nauce, możliwem wciąganie i uwzględnianie najnowszych zdobyczy i postępu, szczególnie w sprawach ogólniejszego znaczenia, jak n. p. w kwestyi zachowania się ustroju wobec czynników zakaźnych, w której to sprawie uwzględnił autor literaturę nową, prawie po koniec 1897 roku.

Działy o zapaleniu i nowotworach, a pomiędzy tymi część o raku, uległy przerobieniu na podstawie najnowszej literatury. W dziale o zwyrodnieniach, w sprawie rozmaitych odmian zmiany koloidowej, skrobiowatej i szklistej stara się autor wprowadzić pewien ład i wyjaśnić, o ile to dzisiaj możliwe, zawiłe te zagadnienia.

Ważną zaletą podręcznika Zieglera są liczne ryciny wogóle, a szczególnie kolorowane, których do 100 przybyło w nowem wydaniu. Zaleta to wielka, wpływająca w pewnej mierze na poczytność dzieła Zieglera. Ryciny bowiem ułatwiają zrozumienie istoty zmian patologicznych, których nie zastąpią najdokładniejsze słowne opisy. Podręcznik ogólnej anatomii patologicznej Zieglera zasługuje w pełnej mierze na polecenie go, tak uczniom medycyny, jakoteż lekarzom, chcącym poznać najnowsze zdobycze nauki w tym dziale.

Prof. Browicz.

V. Wyciągi.

Reinbach: **Przyczynek do patologii i terapii przypadków słoniowaciny wrodzonej, wywołanych przez zasznurowanie postronkami omocznej.** *(Bruns, Beiträge XX).* Następstwa wywołane zasznurowaniem pojedyńczych części płodu sznurem pępowinowym lub postronkami omocznej, mogą być różne. Do najrzadszych należy wywołana przez takie zasznurowanie słoniowacina wrodzona. Jeden taki przypadek opisuje autor. Zajęta była kończyna dolna; słoniowacina sięgała do połowy podudzia i zajmowała stopę. Tu zatem postronek omoczniowy zacisnął naczynia chłonne i spowodował ich zanik; dopływ i odpływ zaś krwi odbywał się naczyniami w przestworze międzykostnym. Mikulicz w tym przypadku wyciął pierścień zaciskający, brzegi rany zeszył i wyciął klin z grzbietu stopy. *Herman.*

Elschnig: **Porażenie mięśni ocznych wskutek przerzutów nowotworowych.** *(Wiener klinische Wochenschrift,* 1898 Nr. 5). Autor opisuje dwa przypadki porażenia mięśni ocznych, których przyczyną były przerzuty raka. W pierwszym przypadku, gdzie za życia rozpoznano raka szyjki macicy z przerzutami w sutku, skórze i gruczołach chłonnych, a rozpoznanie to zostało następnie potwierdzone przez sekcyę, autor, badając mikroskopowo mięśnie oka lewego, znalazł we wszystkich przerzuty raka. Makroskopowo można było też w każdym mięśniu wykryć guzek. Za życia stwierdzono ze strony oka lewego wysadzenie gałki ocznej, zupełną jej nieruchomość, znieczulenie powierzchni gałki z następowym wrzodem rogówki. Badanie mikroskopowe nerwów oka wykazało zwyrodnienie. Przerzuty nowotworowe wogóle w mięśniach są rzadkością; co zaś się tyczy przerzutów w mięśniach ocznych, to prócz przypadku autora, jest tylko jeden znany. Pierwotne nowotwory mięśni ocznych są również nadzwyczajną rzadkością.

Drugi przypadek dotyczy chorego, u którego za życia stwierdzono opadnięcie powieki górnej oka lewego, zupełne porażenie mięśni zewnętrznych i wewnętrznych, znieczulenie powierzchni gałki ocznej. Badanie dna oka wykazało stosunki prawidłowe. Obok tego znaleziono złośliwy nowotwór gruczołu tarczykowego. Na sekcyi prócz guza głównego, znaleziono przerzut w zatoce jamistej, który zniszczył i przylegającą do zatoki część kości klinowej. Badanie nerwów, przechodzących w sąsiedztwie zatoki, wykazało zwyrodnienie. Nawiązując do tego przypadku, autor sądzi, że przy zaczopowaniu zatoki jamistej niekoniecznie musi nastąpić przekrwienie bierne w gałce ocznej i rozszerzenie żył w siatkówce. Sesemann już dawno wykazał, że żyła oczna ma liczne i szerokie połączenia z żyłami twarzy i że wskutek tego przy zaczopowaniu zatoki jamistej krew ma dostateczny odpływ tą drogą. Zastój i przekrwienie bierne na siatkówce są objawem raczej zapalenia ścian naczyń żylnych oczodołu, które przeszło z zatoki jamistej, co często się zdarza przy zapaleniach ucha środkowego. *Dr. Zalewski.*

Guido v. Török: **Niedrożność jelit (Ileus) z powodu dwukrotnego przekręcenia się jelita esowatego.** *(Wiener klinische Wochenschrift,* 1898 Nr. 7). Autor opisuje następujący przypadek: Chory przed ośmiu dniami dostał nagle bólów w pachwinie lewej. Od tego też czasu niema stolca, a od dni czterech nie odchodzą wiatry. W chwili przyjęcia do szpitala odbijanie, i pociąg do wymiotów. Badanie wykazuje: brzuch wzdęty silnie, przy dotykaniu bolesny; ruchy robaczkowe jelit występują dość łatwo; wypuk na całym brzuchu bębenkowy; nadto można wykazać obecność wol-

nego płynu w nieznacznej ilości. Badanie kiszki stolcowej jakoteż przewodów pachwinowych wykazało stosunki prawidłowe. Ogólny stan chorego nie budzi na razie obawy: język wilgotny; twarz blada; tętno 120, małe; ciepłota 37,8. Wlewania wysokie do kiszki stolcowej nie miały żadnego skutku. Płynu przy tych wlewaniach można było wprowadzić nie więcej nad 1 litr; rury gumowej nie było można wprowadzić do zagięcia esowatego. Drugiego dnia po przyjęciu do szpitala wystąpiły wymioty treści śmierdzącej lecz nie kałowej; twarz zapadła; język suchy; tętno bardzo chybkie i słabe. Tego samego dnia, t. j. na drugi dzień po przyjęciu, zrobiono operacyę z dobrym skutkiem. Po dwóch tygodniach chory opuścił szpital zupełnie zdrów.

W dalszej części swego artykułu, mówiąc w ogóle o częstości niedrożności jelit wskutek skręcenia się, podaje autor, że najczęściej powstaje z tego powodu niedrożność w Rosyi, co ma stać w przyczynowym związku z długością krezki i samego przewodu pokarmowego. Według Leichtensterna 50% wszystkich przypadków niedrożności z przyczyn wewnętrznych przypada na skręt jelita esowatego. Heidenhain oblicza tylko na 20%. Faggi oblicza częstość śmierci przy niedrożności jelit na 1,4%.

Przechodząc do porządku dziennego nad sporem autorów co do leczenia w ogóle niedrożności jelit, autor przytacza zdanie Eichhorsta, który powiada, że najwięcej widoków na wyleczenie przy niedrożności jelit wskutek przyczyn wewnętrznych ma szerokie otworzenie jamy brzusznej. Autor w zupełności podziela to zdanie.

(Przypadek ten pod względem anatomo-patologicznym podobny do tylu innych, co zresztą sam autor w początku swego artykułu przyznaje, pod względem klinicznym też nic osobliwego nie przedstawia. Pomimo to ciekawy jest pod jednym względem. Pomijając już to, że nasuwa się mimowoli wątpliwość, ażali rzeczywiście autor mógł tak dokładnie kontrolować, o ile wysoko wprowadził rurę gumową przy wlewaniach wysokich do jelit, uderza nas to, dlaczego nie operowano chorego w dniu przyjęcia, lecz pozwolono mu czekać jeszcze dzień, pomimo że chory był w niebezpieczeństwie życia i inne środki nic nie pomagały. Bezskuteczność terapii „nieczynnej", ciężki stan ogólny, wysięk w jamie brzusznej, były bezwzględnem wskazaniem do natychmiastowej laparatomii. Szczęśliwy koniec nie usprawiedliwia autora bynajmniej. Przyp. referenta). *Dr. Zalewski.*

Prof. Dr. M. Löwit (Insbruk): **O sporozoach w białaczce (leukaemia)** *(Wien. klin. Wochenschrift*, 1898, Nr. 20). Na podstawie sześciu przypadków *(Centralblatt f. Bacteriologie* 1898, Tom XXIII, str. 206) podał niedawno L. wiadomość o wykryciu sporozoów we krwi i w narządach krwiotwórczych, u osób chorych na białaczkę. Obecnie badał on pod tym względem 16 nowych przypadków białaczki i ogłasza wyniki.

W t. zw. białaczce mięszanej znajdują się stale sporozoa we krwi, w ciałkach białych lub na nich, albo też w osoczu i to w każdym przypadku w ilości rozmaitej, bo 0·8—25% sporozoonośnych ciałek białych. Nie należy jednak uważać znachodzenia się sporozoów w ciałkach białych za objaw fagocytozy wolnych pozaciałkowych pasorzytów, albowiem widzieć można rozradzanie się sporozoów wewnątrz ciałek białych. Krew, uzyskana przez nakłócie ze śledziony, zawiera więcej tych sporozoonośnych ciałek białych, niż krew z palca. Prawdopodobnie więc należy uważać śledzionę, a także może i inne narzady krwiotwórcze, jako gniazda, gdzie bujają owe pasorzyty. Można też było wyśledzić na wyrobach barwionych krwi objawy zarodnikowania pasorzytów, których jednak na świeżych niebarwionych nie udało się L-owi widzieć. W narządach, ze zwłok wyjętych, jak w śledzionie, gruczołach chłonnych i w szpiku kostnym (w białaczce mięszanej), znalazł też L. owe sporozoa, które tutaj głównie znajdowały się w tkance, w pobliżu ciałek białych, a także, lecz rzadziej, w samych ciałkach białych. W przypadkach czystych t. zw. limfemii (lymphaemia, leukaemia lymphatica) sporozów we krwi nie odkrył, ale za to w narządach krwiotwórczych; jednak nigdy ich w tych przypadkach nie widział w ciałkach białych, lecz w tkance.

Autor uważa pasorzyt ten białaczki, nazwany „haemamoeba leukaemiae", jako jeden i ten sam w białaczce mięszanej i w białaczce chłoniczej, który jednak w pierwszej postaci tej choroby żyje we krwi i w narządach krwiotwórczych, zaś w ostatniej postaci znachodzi się tylko w narządach owych. W jednym przypadku: „anaemia infantilis pseudoleukaemica", znalazł też L. pasorzyty białaczkowe we krwi i w śledzionie, coby popierało związek kliniczny, nieraz już spostrzegany, pomiędzy niektóremi postaciami białaczki prawdziwej, a wrzekomej (pseudoleukaemia).

Doświadczenia z przenoszeniem pasorzytów białaczki na zwierzęta właśnie autor rozpoczął i o ile dotąd może sądzić, z wynikiem dodatnim.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Alexander: **Przyczynek do poznania prawdziwego zrostu (ankylozy) stawu szczęki** *(Bruns. Beiträge XX).* Prawdziwy zrost stawu szczękowego, t. j. zrośnięcie kostne lub włókniste, nie występuje jako cierpienie wrodzone. Jest zawsze cierpieniem nabytem skutkiem spraw zakaźnych, zapalnych, w sąsiedztwie się toczących (otitis media, zapalenie okostnej na kości skroniowej, lub samej szczęce dolnej) lub zajmujących sam staw szczękowy, jak to się zdarza w przebiegu płonicy, duru, gośćca stawowego, rzeżączki, *arthritis deformans*, rzadko gruźlicy. Rzadszym czynnikiem przyczynowym bywają uszkodzenia kości staw składających, skutkiem uderzenia.

W rozpoznaniu kierujemy się wywiadami, widocznemi zmianami w sąsiedztwie i dokładnem obmacywaniem; często dopiero w głębokiem uśpieniu rozstrzygnąć się nam udaje, która strona jest zajętą. Czasami obserwować można jedno- lub obustronny zanik gałęzi i trzonu szczęki i odeń zależną asymetryę twarzy. Zanik ten powstaje prawdopodobnie skutkiem nieczynności.

Następstwem cierpienia jest: niedostateczne odżywianie się, zaburzenia w mowie, czasem w oddychaniu i choroby jamy ustnej, której oczyścić nie można.

Celem leczenia jest przywrócenie ruchomości w stawie a nie, jak dawniej chciano, stworzenie stawu rzekomego w ciągłości kości. Powrotowi zesztywnienia zapobiedz się starano przez interpozycyę w staw mięśnia (Helferich, Mikulicz); Bergmann zaproponował znów wypiłowanie wyrostków stawowych, przesunięcie całej szczęki ku przodowi i utrzymanie jej w tem położeniu zapomocą rurki dentystycznej.

Herman.

Martin: **O operacyach na kiszce stolcowej.** *(Monatschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie*, Tom VII, Zeszyt V, r. 1898). Sposób operowania, podany przez autora, polega na tymczasowem okłóciu i podwiązaniu naczyń wokoło kiszki stolcowej, w dolnym jej odcinku, przez co osiąga się możność bezkrwawego dokonywania zabiegów operacyjnych, co w okolicy tak obficie unaczynionej jest rzeczą bardzo ważną. W ułożeniu chorej na wznak, z rozstawionemi udami, zakłada autor wokoło otworu stolcowego z czterech stron silne podwiązki jedwabne zapomocą mocnej igły, która wbija głęboko w tkankę otaczającą kiszkę stolcową i wykłówa w skórze jak najbliżej miejsca wkłócia, a to w tym celu, ażeby uchwycić w podwiązkę jak najmniej skóry, gdyż przez to łatwiej węzeł daje się zacisnąć. Podwiązki te uciskają naczynia doprowadzające krew do kiszki stolcowej. Po założeniu podwiązek wycina n. p. autor w razie potrzeby błonę śluzową kiszki stolcowej w postaci klinów, zwróconych wierzchołkiem ku górze, podstawą zaś ku otworowi stolcowemu, i rany w ten sposób powstałe zeszywa jedwabiem, lub katgutem. Po wycięciu klinów z błony śluzowej z jednej części kiszki stolcowej, zwalnia odpowiednią podwiązkę i dokonuje zabiegu na reszcie kiszki. Sposobu swego używał M. przy wycinaniu guzów krwawnicowych, przy operacyach z powodu wypadania kiszki stolcowej, jako też przy wycinaniu blizn,

zwężających światło kiszki i w jednym przypadku raka, umiejscowionego w kiszce, w pobliżu otworu stolcowego. Wyniki otrzymał M. w swoich przypadkach dobre, nie przyszło bowiem nigdy do wytworzenia się blizn zwężających światło jelita, a możność zatrzymywania wiatrów i kału już po kilku dniach zazwyczaj wracała. *Piotrowski.*

Dr. Fischer: **O wyskrobywaniu macicy w przypadkach złego jej zwijania się w połogu.** *(Klinischtherapeutische Wochenschrift*, Nr. 21, r. 1898). Autor występuje przeciwko zapatrywaniu Knappa, który uważa samo złe zwijanie się macicy za wskazanie do wyskrobywania jej. Knapp radzi wyskrobywać w tych przypadkach, w których dno macicy w 8 dni po porodzie sięga do połowy odstępu między spojeniem łonowem a pępkiem, bez względu na to, czy w jamie macicy pozostały cząstki popłodu, lub nie. Autor, przeciwnie, chce ograniczyć to wyskrobywanie do tych przypadków, w których istnieje uzasadnione podejrzenie, że w macicy pozostały cząstki popłodu i te przeszkadzają zwijaniu się jej. W przypadkach bowiem, w których nic w macicy po porodzie nie pozostało, a złe zwijanie się jest następstwem ogólnego stanu zdrowia położnicy, skrobanie macicy pozostanie bez wpływu na jej zwijanie się, a trzeba pamiętać, że wyskrobując macicę połogową, zawsze narażamy pacyentkę na niebezpieczeństwo zakażenia. *Piotrowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

W ostatnim katalogu E. Mercka z Darmstadtu znajdujemy cały szereg przetworów aptecznych, już to zupełnie nowych, już to znanych wprawdzie poprzednio, ale o których można teraz coś nowego powiedzieć. Zapewne wielka część z nich nie wywalczy sobie prawa bytu, a inne znajdą mało tylko zastósowanie; warto jednak rozejrzeć się w tym materyale, nie jednego spróbować, a wreszcie coś z nich przyswoić na stałe.

Zachowując porządek alfabetyczny, przyjęty w katalogu, podajemy w streszczeniu notatki o przetworach ważniejszych, które, zdaniem naszem, na zalecenie, lub chociaż na wzmiankę zasługują.

Aether jodatus (Jodek etylu) jest to ciecz bezbarwna, o składzie C_2H_5I, zapachu eterycznego, trudno w wodzie, a łatwo w wyskoku i eterze rozpuszczalna, blizko dwa razy cięższa od wody, wrąca przy 70°C, na świetle się rozkładająca, co można poznać po barwie czerwonej.

Środek, dotąd podawany wewnętrznie, lub w formie wdychiwań przy przewlekłym gośccu, dychawicy, kile i zołzach, znajduje obecnie, dzięki badaniom Linossiera i Lannoisa, szersze zastósowanie. Pędzlowanie bowiem skóry w ilości 9—10 grm. jodku etylowego powoduje wessanie się blizko 10% tego środka, co osiągnąć jeszcze łatwiej przez obłożenie watą i następnie zalepienie pędzlowanego miejsca. Środek więc dobry, gdzie chodzi o wprowadzenie jodu do ustroju przez skórę, a przewyższający w tym względzie nalewkę jodową i jodoform.

Zapisuje się podług wzoru:

Rp.: *Aetheris jodati 1,50—2,00*
Dentur tales doses Nr. 2 ad vitra nigra epistomeis vitreis clausa.

S.: 1—2 razy na dzień zawartością flaszeczki zapędzlować łydkę (lub okolicę międzyłopatkową) i natychmiast osłonić dokładnie to miejsce.

Acidum gymnemicum, lek znany już od lat kilku, polecany świeżo przez Tomasiniego w formie pędzlowań języka 1% wodnym roztworem przeciw złudzeniom smakowym gorzkim i słodkim, przedewszystkiem u umysłowo chorych.

Acidum cacodylicum, proszek biały, bezpostaciowy, w wodzie rozpuszczalny, lepszy od innych związków arsenu przy zwalczaniu łuszczycy.

Danlos zapisuje:

Rp.: *Acidi cacodylici 2,50*
Ol. menth. piper. gtt. II.
Sirup sacchari
Sirup cort. aurant. aa 20,00
Aquae destillatae 60,00.

Z tego podaje początkowo dziennie po 6 łyżeczek, po 3 tygodniach — po 4 łyżeczki, t. j. 0·50 grm. kwasu.

Że jednak środek ten, podobnie jak inne związki arsenu, może wywołać u pewnych osobników rozległy wyprysk z następowem długotrwałem łuszczeniem, to inni badacze uważają dawki te za zbyt duże i polecają je zwiększać stopniowo i zwolna.

Acidum naphtylaminsulfonicum $C_{10}.H_6.NH_2.SO_3H$. (naphtionicum). Jest to biały proszek, trudno rozpuszczalny w wodzie, łatwiej w płynach alkalicznych.

Ponieważ kwas ten daje z kw. azotowym kw. diazonaphtylaminsulfonowy, połączenie dla ustroju nieszkodliwe i łatwo się rozkładające, poleca go Riegler jako odtrutkę na azotyny a ma także zastósowanie w zatruciu jodem (Jodismus acutus). Z lepszym jeszcze skutkiem podają go w cierpieniach pęcherza moczowego, które łączą się z zasadowem oddziaływaniem moczu, gdyż rozpuszcza się on w nim łatwo, równocześnie go zakwaszając.

Zapisuje się:

Rp.: *Acidi naphtionici 3,00*
Divide in partes aeq. Nr. VI.
Da ad caps amylac.

S.: *co 3—4 godziny zażyć jeden proszek.*

Przy zatruciu jodem możnaby go zapewne podawać także jako tabaczkę.

Ostatecznie zmieszany z równą ilością naftolu β., służy jako czuły odczynnik na azotyny. (Dodawszy bowiem 0·02—0·03 tej mięszaniny do 15 ctm.³ zakwaszonego 2—3 kroplami kw. solnego badanego płynu, i dolawszy następnie po brzegu naczynia 1 ctm.³ amoniaku, otrzymujemy w miejscu zetknięcia się płynów czerwony pierścień, a przy zmieszaniu czerwone zabarwienie całej ilości cieczy, występujące nawet przy rozcieńczeniu 1:100.000).

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. krak.

Posiedzenie z d. 13 Czerwca 1898 r.

Przewodniczący: Prof. Dr. Korczyński. — Członków obecnych 8.

Prof. Bujwid odczytuje memoryał „w sprawie zapobiegania rozszerzaniu się gruźlicy wogóle a w szczególności za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt gruźliczych“. Memoryał ten, którego tytuł zgłoszony zostanie przez Prof. Bujwida w dniu 15 czerwca b. r. na posiedzeniu przybocznej Rady zdrowia przy c. k. Ministerstwie spraw wewnętrznych, celem traktowania sprawy na najbliższem posiedzeniu tejże Rady, po dłuższej dyskusyi uchwalony został w tem brzmieniu, jak to referent na najbliższem posiedzeniu Tow. Lek. krak. przedstawi.

Chodzi tu głównie o to, ażeby Rząd ujął tę całą sprawę w swe ręce i dążył do wypracowania szeregu ustaw, zapobiegających szerzeniu się gruźlicy, przyczem przedewszystkiem dążyć należy do tego, by gruźlica tak u ludzi, jakoteż u zwierząt, drogą ustawy zaliczoną została do rzędu chorób zakaźnych. Na razie powinna być wypracowaną ustawa w sprawie dostarczania mięsa i mleka, wolnego od gruźlicy, aby przynajmniej tą drogą powstrzymać szerzenie się zarazy. W celu opracowania takich ustaw należałoby utworzyć stałą Komisyę, złożoną z zawodowych znawców. Tymczasowo należałoby w drodze rozporządzenia ułatwić właścicielom obór korzystanie z bezpłatnego rozpoznawczego szczepienia tuberkuliną i wyznaczyć pewną sumę z funduszów państwowych lub krajowych na pokrycie kosztów szczepienia u tych właścicieli, którzy się o to zgłoszą.

Sekretarz: *Dr. Michał Śliwiński.*

VIII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

V.

Pod względem lekarskiej „Röntgenografii“ Francya nie pozostaje w tyle. Bouchard (S. B.) wykazał tym sposobem, że, jak to już stwierdzono doświadczalnie na zwierzę-

tach i jak przypuszczano teoretycznie, powstaje u człowieka przy wdechu, wskutek zmniejszenia ciśnienia w klatce piersiowej, — rozszerzenie przedsionków serca, zwłaszcza prawego. Gilbert (tamże) przedstawiał wyniki badania promieniami Röntgena w przypadku akromegalii, wnosząc z uzyskanych obrazów o zmianie samejże budowy kości w niektórych miejscach stopy i o prawdopodobnie istniejącym przeroście grasicy. Wyborne usługi oddała Röntgenografia Gasnemu i Londemu (Ac. d. Sc.), którzy zapomocą niej sprawdzali postęp kostnienia, opóźnionego wskutek obrzęku śluzakowego (myxoëdema), a powracającego do stanu prawidłowego pod wpływem podawania świeżego gruczołu tarczowego. Przypadek ten dotyczył 19-letniego chorego, u którego pierwsze objawy obrzęku śluzakowego dostrzeżono już w czwartym roku życia.

Ciekawych badań z promieniami Röntgena dokonał Foveau de Courmelles (Ac. des sc.) na 204 wychowankach zakładu ociemniałych. Zupełnie ślepi nie doznawali żadnego wrażenia; natomiast ci, u których zachował się ślad poczucia światła, odczuwali zarówno promienie X, jak i katodalne; u dwóch badanych wywoływały promienie X wrażenie bólu. Nie wspominam już o coraz liczniejszych rozpoznaniach chirurgicznych, opartych wyłącznie, lub głównie na radiografii i służących nieraz za wytyczną dla zabiegów chirurgicznych, zwłaszcza w przypadkach ciał obcych. Wszak jeśli się nie mylę, ostatniem publicznem przemówieniem zmarłego niedawno Péana było przedstawienie dwóch przypadków trepanacyi (Ac. d. M.), w których zapomocą radiografii dokładnie oznaczono położenie kuli w jamie czaszki. Niedawno znów Segond (Soc. d. Ch.) odszukał tym sposobem kawałek rurki srebrnej w zatoce Highmora; rurka ta służyła za stały sączek z powodu przewłocznego otoku zatoki i przypuszczano, że wpadła do zatoki; pewność dały jednak dopiero promienie X. W ten sposób stały się dostępne badaniu te okolice ciała, które dotychczas nawet dla radiografii zdawały się być nieprzenikliwe. Oczywiście są także ciągle w toku badania cierpień stawów zapomocą promieni X. Pod tym względem jednak wyniki nie zawsze są pewne, jak tego dowodzą rozprawy w Towarzystwie dermatologicznem. Emery dowodził mianowicie niedawno na podstawie radiografii, że w cierpieniach przyrody rzeżączkowej zmiany okołostawowe nie dotyczą kości, lecz tylko części miękkich; zaprzeczał zaś temu Jacquet, odwołując się na swoje spostrzeżenie (S. m. H.), w którem w przebiegu cierpienia rzeżączkowego powstały znaczne wyrośle kostne na kości piętowej; za życia nie wykazano ich promieniami Röntgena i dopiero preparat anatomiczny rzecz wyjaśnił. W każdym jednak razie pożytek nowej metody jest tak znaczny, że Akademia lekarska nie wahała się w sprawozdaniu dla ministeryum spraw wewnętrznych zalecić używania radiografii w szpitalach i domagać się utworzenia odrębnej pracowni radiograficznej przy samejże Akademii. Oczywiście jak dotąd, tak i na przyszłość skorzysta z tego na razie najwięcej chirurgia, kształcąc i doskonaląc ten nowy sposób rozpoznawczy; warto też zapisać, choć trudno uwierzyć, że według niektórych lekarzy tutejszych promienie X mają w cierpieniach chirurgicznych wpływ leczniczy. I tak Kirmisson twierdził, że zapomocą promieni Röntgena, (coprawda stosowanych równocześnie z ustaleniem kończyny) wyleczył gruźlicze cierpienie stawu [1]).

Mimowolnie przekroczyłem granice przypadającego mi działu sprawozdawczego; a choć kolega Brudzewski może mi wytoczyć sprawę, że wdzieram się w jego państwo, to jednak niech mi wolno będzie chwilę jeszcze pozostać na nieprawnie przywłaszczonem polu chirurgicznem, a przynajmniej w jego blizkiem sąsiedztwie. Chciałbym mianowicie wspomnieć o ciekawej, nietyle ze stanowiska teoretycznego, ile ze względu na doniosłość praktyczną, rozprawie o cierpieniach umysłowych, powstających po zabiegach chirurgicznych. (S. de Chirurgie). Picqué, rozpoczynając tę rozprawę, zajął odrazu stanowisko o tyle właściwe, iż pragnął oddzielić przypadki zaburzeń umysłowych, wywołanych przez zatrucie niektórymi środkami lekarskimi (jodoform itp.), oraz stanowiących objaw posocznicy lub ropnicy, wikłającej przebieg leczenia, od psychoz, związanych na pozór z zabiegiem operacyjnym, lecz niezależnych od tamtych przyczyn. Psychozy te mogą pojawić się, jak to zgodnie wszyscy mówcy zaznaczyli, po jakiejkolwiek operacyi; powodem pewnego nieporozumienia stało się jednak zapatrywanie Picquéa, że pomiędzy rodzajem psychozy a rodzajem zabiegu chirurgicznego może niekiedy istnieć pewien związek, i tak: przygnębienie psychiczne miało się pojawiać głównie po wytrzebieniu u kobiet i mężczyzn, po założeniu sztucznej rzyci itd. Prawie wszyscy następni mowcy stwierdzili, że związku takiego nie zauważyli w żadnym ze spostrzeganych przez siebie przypadków zaburzeń umysłowych pooperacyjnych, tak samo, jak nie można żadnego szczególnego znaczenia przyczynowego przypisać zabiegom chirurgicznym na narządzie płciowym kobiecym. Zarówno zaś sam Picqué, jak Broca, Walther, Richelot (11 własnych przypadków) Reynier, Monod, Second (4 razy zaburzenia umysłowe na 642 wytrzebień u kobiet), Lucas-Championnière, Routier, Hartmann, Potherat i t. d. utrzymują stanowczo, że we wszystkich tych przypadkach, w których po operacyi pojawiły się zaburzenia umysłowe, nie związane ani z zatruciem środkami opatrunkowymi, ani z posocznicą, — albo już przedtem istniała wyraźna, okresowo występująca choroba umysłowa, lub też stwierdzić można było obciążenie dziedziczne, albo nabytą skłonność do zboczeń psychicznych na długi czas przed operacyą; w ten sposób zabieg chirurgiczny byłby w najgorszym razie conajwyżej przyczyną, wywołującą wybuch choroby, która byłaby się z pewnością i bez operacyi, pod działaniem jakiegokolwiek innego czynnika, prędzej-później rozwinąć musiała. Aczkolwiek wobec tego, co dziś wiadomo o etyologii chorób umysłowych, te końcowe wnioski, wynikające z długiej rozprawy, nie zawierają nic nowego, to jednak, poparcie tych przyjętych powszechnie zapatrywań szeregiem ścisłych spostrzeżeń, nie było bez pożytku, z uwagi, że jednym z zarzutów przeciw wytrzebieniu u mężczyzn, w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, była rzekoma częstość zaburzeń umysłowych po tym zabiegu. Może być, że przeciwko niemu przemawia wiele względów, które zwłaszcza w ostatnich czasach, gdy pierwszy zapał ochłódł, z niejednej strony podniesiono; w każdym razie jednak obawa zboczeń psychicznych była wśród tych względów chyba najmniej ważnym.

Właściwszem polem dla zagadnień psychiatrycznych, niż Towarzystwo chirurgiczne, jest Towarzystwo medycyny sądowej; i tu jednak rozprawy przenoszą się niekiedy aż w zakres psychiatryi ogólnej, przekraczając granice zagadnień sądowo-lekarskich. Niedawno Charpentier poruszył tam sprawę zboczeń umysłowych, pojawiających się u kobiet w latach przechodowych (klimakterium), a to z okazyi ciekawego przypadku, w którym w dwa lata po ustąpieniu miesiączki, pojawiło się urojenie ciąży i kazirodztwa. Urojenie to (odnoszące się do syna chorej) powiodło się usunąć po 14 miesiącach; wnet jednak nastąpił nawrót. Charpentier uważa ten przypadek za wyjątkowy, sądząc wbrew zdaniu Vallona, że zwykłą formą, pojawiającą się po ustąpieniu miesiączki, jest zaduma. Motet przytoczył przypadek, również podobno niezwykły, pomięszania z urojeniami prześladowczemi (paranoia), który szybko skończył się zniedołężnieniem umysłowem.

Do ubogiej jeszcze histologii patologicznej chorób umysłowych przybył mały przyczynek dzięki Balletowi (S. m. H.), który zbadał mózg, rdzeń i nerwy obwodowe w przypadku „psychose polynevritique“ (Korsakow). W zakresie

---

[1]) Sorel (Rouen) utrzymuje, że zapomocą promieni X wyleczył słoniowacinę ręki u młodej dziewczyny. Sądząc z opisu cierpienia i z towarzyszących zaburzeń nerwowych można przypuszczać, że w przypadku tym szło o tzw. »obrzęk histeryczny«, a lekarstwem — było poddawanie (sugestya).

psychicznym przedstawiał przypadek Balleta cechy pierwotnego zniedołężnienia umysłowego (osłabienie kojarzenia pojęć i pamięci, mgliste i niesystematyczne urojenia i t. d.); oprócz tego istniał niedowład kończyn dolnych z bólami i niedomogą pęcherza. W mózgu znalazły się zmiany wsteczne komórek, w postaci odśrodkowego położenia jądra, zaokrąglenia zarysów, chromatolysis i t. p., głównie w warstwie dużych komórek piramidalnych i komórek olbrzymich. Zmian tych nie uważa B. za następowe, ponieważ włókna tangencyalne przedstawiały się prawidłowo; natomiast podobne zmiany w komórkach rogów przednich rdzenia, zwłaszcza w okolicy lędźwiowej, zależały prawdopodobnie od stwierdzonego badaniem zapalenia odpowiednich nerwów obwodowych. Zmian komórek mózgu dotychczas w podobnych przypadkach nie opisano; zmiany w rdzeniu były już dawniej znane i dadzą się porównać ze zmianami, wywołanemi doświadczalnie przez przecięcie pni nerwowych, dzięki którym zyskaliśmy i zyskujemy ważne dane o przebiegu włókien nerwowych i o ich związku z pewnemi gromadami komórek nerwowych w rdzeniu i mózgu. Niedawno zbadał tym sposobem Marinesco (S. m. H.) dokładniej jądra nerwu twarzowego, a mianowicie początek górnej jego gałęzi, który u psa ma się znajdować w średniej części jądra nerwu twarzowego, a nie stoi w żadnym związku z jądrem n. odwodzącego (abducens); przynajmniej po przecięciu gałązek n. twarzowego, zaopatrujących mięsień czołowy i zwieracz powiek, niema ani śladu zmian w jądrze n. odwodzącego, chociaż dotychczas sądzono przeciwnie, że jądro jego łączy z jądrami górnej gałązki n. twarzowego blizki stosunek. — Zmiany komórek w jądrach nerwowych są zresztą odmienne po przecięciu i po wyrwaniu nerwu, jak to niedawno spostrzegli Ballet i Marinesco (S. m. H.) na jądrach nerwu podjęzykowego; a skoro w pierwszym przypadku znamienną rzeczą ma być po przejściowem zwyrodnieniu komórki (chromatolysis, odsunięcie jądra na obwód itd. co razem nazywa Nissl pyknomorfizmem), — odradzanie się komórki (powrót ziarnistości chromatofilnych itd. — „parapyknomorfizm“ Nissla), to w drugim zmiany wsteczne komórek kończą się zupełnym ich zanikiem. Różnicę tę tłómaczy Marinesco ścisłym związkiem zarówno degeneracyjnych, jak odrodczych (regeneracyjnych) spraw w nerwach i w komórkach. Jeżeli więc regeneracya nerwu stanie się niemożebną, jak to się dzieje po jego wyrwaniu, wówczas i w komórkach sprawy odrodcze nie przychodzą do skutku.

Żeby już nie powracać do histologii patologicznej układu nerwowego, wspomnę tu jeszcze o zmianach, jakie, prócz dawniej już opisywanych, znalazł Ballet (S. m. H.) w jednym przypadku choroby Parkinsona. Zmianą tą ma być szczególna kruchość wypustek komórek rdzenia, głównie rogów przednich, cechująca się pod drobnowidem występowaniem szczelin i rozstępów. Dziwne trochę wrażenie robi teorya, której B. nieomieszkał czemprędzej nawiązać do swych badań; przypuszcza on mianowicie, że może sztywność i wzmożone napięcie mięśniowe, spotykane w chorobie Parkinsona, da się w jakiś sposób powiązać z czynnościową zmianą wypustek protoplasmatycznych komórek rdzenia. — Trudno zrozumieć takie, choćby najostrożniej wyrażone przypuszczenie, oparte na jednym tylko przypadku i na zjawisku, o którem nie wiadomo, w jaki sposób powstało i czy nie zależy od sposobu przygotowania preparatu.

Dr. Ciechanowski.

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Od Zarządu VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu otrzymujemy następujący komunikat:

„W sprawie zakazu uczestnictwa obcokrajowców w Zjeździe otrzymał Komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, na podanie swoje z dnia 7 lipca r. b., z ministeryum spraw wewnętrznych w Berlinie, następującą odpowiedź:

„*Berlin*, 19 lipca 1898.

Ministerstwo spraw wewnętrznych
II 11112. 11106.

Odpowiadając na zażalenie Komitetu z dnia 7 b. m., nie jestem w możności uwzględnić zawartego w niem wniosku o cofnięcie wydanego przez król. prezesa policyi zakazu, udziału obcokrajowców w zamierzonym Kongresie lekarskim. Jakkolwiek król. rząd państwowy z wszelką gotowością popiera wszelkie naukowo fachowe usiłowania i urządzenia, to jednak w równej mierze ma obowiązek czuwać nad tem, żeby tych urządzeń nie nadużywano do celów, dla których nie są przeznaczone. Przypuszczenie takie było jednak w tym przypadku uzasadnione, skoro zagraniczna prasa, powołując się na znane niedawne zajścia, publicznie wzywała do jak najliczniejszego udziału w Kongresie, aby z niego w tej drodze zrobić punkt zborny dla całej Słowiańszczyzny. Ten przebieg sprawy nie pozostawia żadnej wątpliwości, że w projektowanym Zjeździe nie chodziło już tylko o kongres czysto naukowofachowy, ale że razem z nim miała być połączona polityczna manifestacya, w tendencyi swej skierowana przeciw niemczyźnie. Na tolerowanie tego rodzaju demonstracyi, szkodliwej dla pokojowego pożycia obu narodowości, nie pozwala nie tylko wzgląd na niemiecko-narodowe interesa w ogólności, ale w szczególności także wzgląd na niemiecką ludność Poznania i prowincyi. Miał tedy prezes policyi w Poznaniu zupełne prawo wystąpić przeciw wykonaniu tego zamysłu, zabraniając udziału zagranicznych lekarzy w Kongresie. Jeżeli przytem zwrócił uwagę, że w danym razie, zniewolony będzie przybyłych zagranicznych lekarzy wydalić za granicę, to tem samem zapowiedział li tylko użycie tego środka, który, w danych stosunkach, w razie przekroczenia jego rozporządzenia, wydawał się jedynie odpowiednim. *von der Recke.*

Do
komitetu VIII Kongresu polskich lekarzy i przyrodników, na ręce p. dra Święcickiego w Poznaniu“.

Zaznaczamy:

po pierwsze, że pan minister decyzyę swoją opiera wyłącznie na artykułach prasy zagranicznej;

po drugie, że natomiast ani słówkiem nie dotyka przytoczonych przez Komitet oświadczeń i argumentów, wykazujących, że obawa, jakoby Zjazd nie miał mieć charakteru czysto naukowego, jest zupełnie nieuzasadnioną;

po trzecie, że uderzającem jest, iż pan minister zdaje się być zdania, jakoby prezes policyi tylko w pewnych okolicznościach („unter Umständen“) zagroził wydaleniem zagranicznych uczestników Zjazdu, podczas gdy wiadomo, że zagrożenie to było bezwzględnie skierowane przeciw wszystkim zagranicznym gościom.

Wstrzymując się od wszelkiej dalszej krytyki powyższego rozporządzenia, zakładamy jednakże niniejszem stanowczy protest przeciw takiemu traktowaniu nauki i jej reprezentantów. Sąd o tem pozostawiamy cywilizowanemu światu i historyi.

Dr. H. Święcicki, prezes Zjazdu.
Dr. A. Jaruntowski, jeneralny sekretarz“.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 28 Lipca.

* W »Wiadomościach zawodowych« podajemy odpis odpowiedzi ministra v. der Recke na podanie Komitetu gospodarczego VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Zatem sprawę Zjazdu poznańskiego należy ostatecznie uważać za skończoną, Zjazd ten nie odbędzie się. Komitetowi gospodarczemu, kolegom i obywatelom wielkopolskim, którzy około przygotowań zjazdowych pracowali, należy się najszczersza wdzięczność: ogół lekarzy i przyrodników, oraz całe społeczeństwo polskie, ocenią trudy i wstrętne przykrości, które bezowocnie musiał znieść Komitet gospodarczy.

Pierwszy raz w życiu przypadło nam czytać akt tak przeciążony fałszem i krętactwem, na którym nie wahał się premier wielkiego mocarstwa położyć swego podpisu.

Z czynem gwałtu i przemocy trudno rozprawiać się piórem. Kiedy oświadczono Sokratesowi, że umrzeć musi, gdyż go areopag sędziów potępił, mędrzec ten odrzekł: »a ich potępi natura«. Prawda tkwiąca w tych słowach, nie straciła na wartości etycznej i wobec nowoczesnych dławicieli życia umysłowego ludów.

Pozostawmy więc sąd historyi i narodom oświeconym; lecz żeby ludy poznały do głębi tę sprawę i przekonały się, że dziś już niema »sędziów w Berlinie«, my, lekarze i przyrodnicy polscy z pod zaboru austryackiego, przyłożymy do tego ręki.

* Czeski Komitet narodowy dla obesłania XIII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Paryżu. Paryzki Komitet gospodarczy wezwał prof. Hlavę, ażeby zajął się organizacyą czeskiego Komitetu narodowego na XIII międzynarodowym Zjeździe lekarzy, który odbędzie się w Paryżu od 2—9 sierpnia 1900 r. Prof. Hlava wyraził wszelką gotowość do spełnienia poruczonego mu zadania i oświadczył, że już poczynił wstępne kroki; na list ten otrzymał prof. Hlava od sekretarza generalnego Zjazdu, Dra Chauffarda, odpowiedź z dnia 15 b. m., z podziękowaniem i prośbą, ażeby do dnia 1 sierpnia przysłano do Paryża imienny skład Komitetu czeskiego. W chwili, gdy to piszemy, Komitet narodowy czeski już się ukonstytuował, wybierając przewodniczącym prof. Hlavę, zastępcą prof. Maydla. (*Časopis lékařů českých*, Nr. 29).

Znaczenie i cel tej naszej notatki są jasne: precedens polskiego narodowego Komitetu w Zjeździe przeszłorocznym w Moskwie każe wróżyć, że właśnie dlatego nie powinniśmy mieć trudności o przyznanie nam tych samych praw w Paryżu. Liczyć jednak powinniśmy tylko na siebie, jeśli nie mamy doczekać się, żeby nas traktowano, jako »une quantité négligeable«. A pod tym względem polegamy na prezesie byłego narodowego Komitetu polskiego w Moskwie, który, posiadając wszelkie, tu odnoszące się, papiery ze Zjazdu moskiewskiego, nie tylko wylegitymuje nas, ale tak potrafi postawić sprawę, że bezprawie, którego na nas w tym roku się dopuszczono, uwydatni się w areopagu międzynarodowym.

* Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krak. składa najuprzejmiejsze podziękowanie:

1) WPanu Dr. Uchaczowi z Makowa za hojny dar, złożony z kilkudziesięciu zupełnych roczników »Wiener medicinische Blätter«, »Wiener med. Wochenschrift« i »Przeglądu lekarskiego«, a WP. Prof. Łazarskiemu, za pośrednictwo w tej sprawie.

2) Szanownej Redakcyi »Zdrowia« za obfity zbiór pojedynczych poszytów i kilka zupełnych roczników, uzupełniających zbiór tego czaspisma w Bibliotece.

3) Szanownej Redakcyi »Kroniki lekarskiej« za uzupełnienie roczników, znajdujących się w Bibliotece, znaczną ilością brakujących poszytów.

4) Szanownej Redakcyi »Gazety lekarskiej« za zbiór numerów, uzupełniających część roczników, znajdujących się w Bibliotece i WP. Dr. Władysławowi Janowskiemu za wyjednanie tego daru.

5) WPanu Dr. Adamowi Langiemu z Krakowa za dwa zupełne roczniki »Wiener klinische Wochenschrift« i cztery roczniki »Przeglądu lekarskiego«.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Sanok 20 lipca. Dzielę sie z czytelnikami »Przeglądu« wiadomością, która, będąc odosobniona, ma tylko znaczenie moralne; natomiast, naśladowana przez wielu, może odegrać rolę praktyczną w kierunku humanitarnym, wielkiej doniosłości.

WPan Adolf Falter, współwłaściciel dóbr Komancza w sanockim powiecie, z wdzięczności za uratowanie swego, chorego na błonicę, dziecka, przy pomocy zastrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej, ofiarował 100 koron na ręce Dra Galanta z Zagórza na zakupno surowicy dla biednych dzieci, chorych na błonicę, w powiecie sanockim. Za część tej kwoty zakupiono surowicę i obdzielono takową 3-ch lekarzy, mających najwięcej do czynienia z chorobami zakaźnemi; reszta zaś pieniędzy zostaje u podpisanego na ewentualne potrzeby.

Za tak hojny dar, złożony w ofierze cierpiącej ludzkości, składam WPanu Adolfowi Falterowi, jako przewodniczący Sekcyi sanockiej Tow. lek. galic., oraz c. k. lekarz powiatowy, — serdeczne podziękowanie. *Dr. Władysław Czyżewicz.*

Przekonani jesteśmy, że drogą samopomocy najprędzej moglibyśmy dojść do tego, że każdy powiat posiadałby potrzebny fundusz na dostarczenie ubogiej ludności surowicy przeciwbłoniczej. Nim władze nasze coś postanowią, nim się wygrzebią z biurokratycznych wątpliwości, ludzie dobrej woli, drogą dobrowolnych składek, mogą spełnić to zadanie miłosierne z największą łatwością. Wszak tu idzie o kilkadziesiąt złr. rocznie na każdy powiat.

* Konkurs. Dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze patologii ogólnej i doświadczalnej, z płacą roczną 600 złr. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego, do dnia 1 października 1898 roku.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Antoni Müller, Kazimierz Axentowicz, Antoni Czaykowski, Alojzy Korzybski, Franciszek Biernaciński, Leon Brand, Naftali Markus Bernstein, Bernard Grünhut, Stanisław Konera, Ignacy Lemberger i Karol Wencel Szostkiewicz.

* Walka z gruźlicą zaczyna w Anglii wychodzić z granic ściśle urzędowych i wkracza na pole usiłowań społecznych. Pod hasłem tej walki odbyło się w Londynie u Sir Williama Broadbenta zgromadzenie lekarzy londyńskich, którzy, z inicyatywy gospodarza, mieli odpowiedzieć na następujące pytania: 1) czy nie należałoby już obecnie założyć stowarzyszenie, któreby miało za zadanie pouczać ogół o różnych sposobach szerzenia się zarazka gruźliczego, zachęcać go do kroków, zmierzających do obrony i walki z gruźlicą, a w szczególności zdążać do zakładania sanatoryów dla gruźliczych? 2) czy w stowarzyszeniu takiem mają wziąść udział tylko zawodowi lekarze, czy też osoby i z poza świata lekarskiego, które sprawa gruźlicy dla jakiejkolwiek przyczyny bliżej obchodzi?

Zgromadzeni oświadczyli się tak za potrzebą stowarzyszenia dla zwalczania gruźlicy, jak i za dopuszczeniem nielekarzy do grona tego stowarzyszenia.

* W celu zwalczania zarazka gruźlicy w wagonach kolejowych, poleciło pruskie ministeryum robót publicznych, ażeby w nowych wagonach budowano sufit i ściany z materyału możebnie gładkiego, wypolirowanego. Obicia pluszowe i wszelkie im podobne mają być zastąpione tkaniną gładką. Poduszki nie będą przymocowane, by je można było w każdej chwili poddać odkażaniu. Spluwaczki mają być wielkie i tak przymocowane, by, huśtając się, nie rozlewały plwocin. Zarządzeniami tego rodzaju objęte są dworce, a zwłaszcza poczekalnie. Szczególny nacisk ma być wywarty na szlaki, prowadzące do zdrojowisk i uzdrowisk.

Mianowania. Prof. nadzwyczajny, Dr. Heim, otrzymał stanowisko dyrektora Instytutu bakteryologiczno-higienicznego w Erlandze. Dr. Daniłowicz mianowany został prof. nadzwyczajnym położnictwa w Petersburgu. Prof. nadzwyczajny histologii w Insbruku, Dr. Kerschner, mianowany został profesorem zwyczajnym.

Nekrologia. Umarli: Dr. Klemens Chomicki, lat 64, zmarł w Mikołajowie (Rosya południowa). Dr. Page, profesor w Nowym Yorku.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* (Nr. 30): Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (ciąg dal.). W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 30): Dra Rosenthala J.: Przyczynek krwisteku śródmacicznego w rogu prawym macicy dwurożnej. Dra Brunnera M.: O najnowszych postępach na polu rentgenografii i rentgenoskopii (c. d.). Dra Malinowskiego A.: Uwagi kliniczne o krztuścu i jego powikłaniach (dok.).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków 6. Sierpnia 1898. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

†

ALFRED OBALIŃSKI.

Anioł śmierci zadał w ostatnich latach ciężkie ciosy chirurgii polskiej, zabierając z pomiędzy jej wykonawców kilku najdzielniejszych pracowników. Zaledwo opłakaliśmy stratę zacnego i utalentowanego Matlakowskiego, już trzeba było przeboleć śmierć zasłużonego, zwłaszcza w dziedzinie ortopedyi, Jasińskiego, a świeżo stoi nam jeszcze w pamięci zgon tak dzielnego szermierza na polu wykonawstwa chirurgicznego na kresach ziem polskich, jakim był Załoziecki; obecnie znów postradaliśmy Alfreda Obalińskiego, jednego z głównych filarów chirurgii polskiej, trwałą podporę lekarskiego piśmiennictwa polskiego, najdzielniejszego nauczyciela i mistrza w trudnej sztuce chirurgicznej, cenionego i uwielbianego zawsze i przez wszystkich, zarówno w kraju jak i po za granicą.

Pisząc dziś wspomnienie pośmiertne o tym mężu, tak przedwcześnie wydartym społeczeństwu i nauce, trudno zataić żal głęboki do odwiecznych praw natury, że nie dozwolonem Mu było dłużej pracować dzielnie i skutecznie dla dobra ludzkości, na cześć i chwałę szkoły krakowskiej i imienia polskiego. Jeżeli ś. p. Obaliński zdołał stanąć tak wysoko na piedestale nauki, jeżeli potrafił wywalczyć dla wiedzy polskiej cześć i uznanie wszędzie, bo nawet i u szczepów wrogich, to zawdzięcza to, oprócz wrodzonym zdolnościom i niepospolitemu darowi spostrzegawczemu, w pierwszym rzędzie żelaznej i wytrwałej swej pilności i pracy.

Całe jego życie, to ciągła i niezmordowana, a w owoce bogata, praca; na odpoczynek nigdy sobie nie pozwolił, a choć czuł, że sił fizycznych Mu braknie, starał się w nowej pracy, podnosząc ducha, skrzepiać i ciało. Niestety, choć duch niepospolity, dusza zacna i wielka, uległ prawom natury i padł przedwcześnie, pracując ciągle, prawie do ostatnich chwil życia.

Ś. p. Alfred Obaliński urodził się dnia 15 grudnia 1843 r. w Brzeżanach; w r. 1862 złożył egzamin dojrzałości w gimnazyum tarnopolskiem. Na wydział lekarski uczęszczał w Krakowie od r. 1862 do 1867, gdzie w marcu r. 1868 otrzymał stopień doktora medycyny, a w czerwcu 1870 — doktora chirurgii i okulistyki. Od marca 1868 r. do końca września 1870 był asystentem w klinice chirurgicznej, pozostającej podówczas pod kierownictwem ś. p. prof. Bryka. Był to najdzielniejszy asystent tego profesora, a bodaj czy nie najtęższy asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W czerwcu 1870 r. otrzymał prowizoryczne kierownictwo oddziału chirurgicznego szpitalu św. Łazarza, a w 4 miesiące później został zamianowany rzeczywistym prymaryuszem tego oddziału, na którem to stanowisku wytrwał lat 27.

W marcu 1881 r. habilitował się na docenta chirurgii — fakt niebywały dotąd na owe czasy. W r. 1883 otrzymał tytuł nadzwyczajnego profesora chirurgii, w sierpniu 1888 został zamianowany nadzwyczajnym profesorem chirurgii, a w r. 1897 objął zwyczajną katedrę tego przedmiotu. Niestety, zabójcza choroba nie pozwoliła Mu się długo cieszyć tem upragnionem stanowiskiem, bo już w pół roku po zamianowaniu powaliła Go choroba na łoże boleści, z którego nie powstał, mimo starannej opieki kolegów, osierocając swą przedwczesną śmiercią w dniu 18 lipca b. r. wdowę, 3 córki i wszechnicę Jagiellońską.

Nadmienić tu jeszcze wypada, że w r. 1863, będąc medykiem na I roku, zaciągnął się ś. p. Obaliński do wojska narodowego i brał udział w bitwie pod Miechowem.

Szpital św. Łazarza był głównem polem działania ś. p. Obalińskiego. Zamianowany w 27 roku życia prymaryuszem oddziału chirurgicznego, strawił on na tem stanowisku połowę życia swojego, bo lat 27, zaskarbiając swą działalnością na tem stanowisku, oprócz wdzięczności niezliczonego zastępu pacyentów, cześć i miłość

całego świata lekarskiego, niepospolite imię w nauce i uznanie całego kraju; 27 lat działalności ś. p. Obalińskiego w szpitalu wiążą się z jedną z najpiękniejszych, a bodaj czy nie z najpiękniejszą kartą w dziejach tej instytucyi, dzięki właśnie niepospolitym zasługom utalentowanego prymaryusza oddziału chirurgicznego, który, podnosząc poziom swego oddziału, przyczynił się wiele do dźwignięcia całego szpitala. W chwili objęcia przez ś. p. Obalińskiego oddział chirurgiczny był małym; liczba pacyentów, a bardziej jeszcze liczba wykonywanych operacyj, była bardzo niewielka. Pod dzielnem jego kierownictwem oddział począł się rozwijać, a materyał wzrastać. Gdy w r. 1871 liczba chorych, leczonych na oddziale chirurgicznym, wynosiła 643, a ilość dni leczenia 19,547, w roku 1892 liczba ta doszła do 1308, dni leczenia było 31,555, a liczba operacyj, w tymże czasie wykonanych, wzrosła z 252 na 903. Wzrost ten niepospolity w pierwszym rzędzie jest zasługą samego kierownika oddziału, do którego głębokiej wiedzy i rozległego doświadczenia, oraz sumienności i bezinteresownej troskliwości o chorych, publiczność, przedtem od szpitala wprost stroniąca i noża się bojąca, nabierała słusznego zaufania, powierzając mu najdroższe mienie, bo zdrowie i życie. Liczni rekonwalescenci, uratowani sztuką znakomitego chirurga, byli apostołami i pionierami rozwoju jego oddziału, niosąc chwałę Jego imienia po całym kraju i nawołując innych, współcierpiących, do szukania ratunku u dzielnego, sumiennego, a przytem, tak dla każdego bez różnicy stanu, dostępnego lekarza. Nic też dziwnego, że mury starego szpitala stały się za ciasne i nie zdołały pomieścić pacyentów, przybywających z dalekich okolic, celem szukania pomocy u ś. p. Obalińskiego. Jego to kołataniom i zabiegom zawdzięczać należy, że Wydział krajowy, a względnie Sejm, uznał niedostateczność dotychczasowego pomieszczenia oddziału i zezwolił na wybudowanie nowego pawilonu chirurgicznego. Nowy ten gmach, to trwały pomnik działalności dzielnego prymaryusza. On swą pracą udowodnił jego konieczności, kierował jego budową i urządzeniem. Nie tu miejsce wykazywać szczegółowo zalety tego pawilonu, a tem samem i zasługi ś. p. Obalińskiego na tem polu, dość, jeżeli wspomnę, że oddział ten jest bodaj czy nie najpiękniejszym oddziałem chirurgicznym w całej monarchii. Jako następca ś. p. Obalińskiego na prymaryacie najlepiej potrafię ocenić, jak ś. p. Obaliński dbał przy budowie tego pawilonu o dobro i wygodę chorych, jak umiał wyzyskać w tym celu swe bogate doświadczenie i najnowsze zdobycze architektury i higieny szpitalnej.

Jako chirurg zajmuje ś. p. Obaliński słusznie bardzo wybitne miejsce pomiędzy pierwszorzędnymi wykonawcami tej sztuki. Ze szkoły wyniósł on sumienność w badaniu i obserwacyi chorego a skrupulatność i pedantyzm wśród operacyi. Zalety te, przejęte od swego mistrza, były główną dyrektywą w jego dalszem działaniu zawodowem, a kierując się niemi, zawsze i wszędzie, zdołał utrzymać się na wyżynie nauki i w chwili wielkiego, wprost wstrząsającego, przewrotu, jakiego doznała chirurgia w ostatnich latach 30. Jeżeli uwzględnimy, że w chwili, gdy ś. p. Obaliński opuszczał klinikę, stając na samodzielnem stanowisku, nauki pomocnicze, a zwłaszcza bakteryologia, znajdowały się w najwcześniejszem zaraniu swego rozwoju, że myśl antyseptyki zaledwie tu i ówdzie, zupełnie bezwiednie, kiełkować zaczęła, dalej — że nagły rozkwit bakteryologii i w ślad za nim idąca nauka anty- i aseptyki, wraz ze zmianą w technice operacyjnej, zaskoczyły Obalińskiego już na stanowisku samodzielnem, łatwo zrozumieć trudność położenia, w którem nagle się znalazł. Dla człowieka tej miary co Obaliński trudności jednak nie istniały. Z młodzieńczym zapałem jął się badania nowowyłaniających się zagadnień i przy żelaznej wytrwałej pracy i wrodzonym darze oryentowania się w sprawach najzawilszych, w krótkim przeciągu czasu stał się panem położenia, przyswoiwszy sobie w zupełności zasady nowoczesnej chirurgii i jej gałęzi pomocniczych. Stojąc zawsze na wyżynie nauki, nigdy nikomu w swym fachu nie ustępując, brał on żywy udział we wszystkich zagadnieniach, dotyczących rozwoju chirurgii w ostatnich lat dziesiątkach. Będąc przedewszystkiem chirurgiem wykonawcą, głównie miał swe oko skierowane na stronę praktyczną przedmiotu, przynoszącą bezpośrednią korzyść choremu. Część teoretyczną znał dokładnie; wyciągał z niej wszystkie naturalne konsekwencye, ale mniej się w niej lubując, mniej też w niej samodzielnie pracował. Natomiast wykonawstwo chirurgiczne śmiało zaliczyć Go musi do najdzielniejszych swych przedstawicieli. Sumienny i wszechstronnie wykształcony lekarz, dzielny, spokojny, śmiały, a w działaniu szczęśliwy operator, skierowywał swą myśl głównie do tego celu, by możność ratunku chorym jak najbardziej uprościć. Wszystkie nowsze operacye próbował w swym oddziale, rychło bardzo oryentując się co do ich zalet i wad, a względnie ich wartości i znaczeniu. O ile okazywała się potrzeba modyfikacyi, bystry Jego umysł szybko to dostrzegał i w licznych a pięknych pracach publikował, zyskując ogólne uznanie. Wspomnę tu tylko o modyfikacyi operacyi stopy płaskiej według Gleicha; o sposobie zapobiegania przebiciu kości przy amputacyi podudzia; o modyfikacyi narkozy chloroformowej; o nowym sposobie trepanacyi czaszki, i wielu innych pomysłach, przynoszących cześć ich autorowi.

O głębokiem zrozumieniu przedmiotu i nowszych zagadnień świadczą prace, podjęte wspólnie z przedstawicielami innych gałęzi medycyny, a głównie internistami i ginekologami, z których najpiękniejszą jest rozprawa napisana wspólnie z Jaworskim, o czynności żołądka po resekcyi odźwiernika, która bywa przytaczaną dziś we wszystkich nowszych pracach i podręcznikach, dotyczących tego przedmiotu. Najulubieńszym Jego tematem była sprawa chirurgicznego leczenia niedrożności jelit. Tu opracował On cały przedmiot, jak mało który z nowoczesnych chirurgów. W licznych pracach, na posiedzeniach i zjazdach naukowych, dzielił się z czytelni-

kami i słuchaczami bogatem swem doświadczeniem, na tem polu zebranem, skrzętną i umiejętną obserwacyą przy łożu chorego, na stole operacyjnym, a wreszcie przy sekcyi. Jeżeli w r. 1893, pisząc ocenę „Pamiętnika oddziału chirurgicznego“, powiedziałem, że „wnioski wysnute przez Obalińskiego winien sobie każdy lekarz złotemi głoskami zapisać, jako dyrektywę i regułę w swem postępowaniu wobec przypadków powikłania jelit“, to dziś tem śmielej to powtórzyć mogę, będąc głęboko przekonany, że choćby ś. p. Obaliński, oprócz swych prac o niedrożności jelit, nic więcej nie był napisał, imię jego pozostałoby zawsze nieśmiertelnem w nauce. Nie starczyłoby mi wprost miejsca, gdybym chciał się wdawać w ocenę licznych poszczególnych prac przedwcześnie zmarłego chirurga, a wreszcie musiałbym się chyba w uznaniu powtarzać; wystarczy, gdy powiem, że zyskiwały one sobie zawsze niepodzielne uznanie ogółu, czego najwymowniejszym dowodem była nagroda, udzielona mu w roku ubiegłym przez redakcyę „Wiener mediz. Wochenschrift“, za najlepszą pracę w jej łamach, w tym roku pomieszczoną. Człowiek zacnego serca, wielkiego ducha, nie znał zawiści. Bogatej swej wiedzy nie chował dla siebie, ale dzielił się nią chętnie z otaczającymi, a obdarzony wymową, umiejąc rzecz każdą przedstawić zrozumiale i dostępnie, każdą sprawę postawić jasno, był od pierwszej chwili swej samodzielnej działalności bodaj czy nie najbardziej poszukiwanym nauczycielem.

Do jego boku, na jego oddział, garnęli się gromadnie lekarze szpitalni i z po za szpitala, jak nie mniej studenci, by pod okiem mistrza kształcić się w chirurgii. A On każdemu był rad, w każdym starał się rozniecić zamiłowanie do przedmiotu, zapał do nauki. Młodzież, widząc pracującego z zaparciem się siebie mistrza, chętnie starała się iść w jego ślady, zwłaszcza, że ś. p. Obaliński nie szczędził nigdy zachęty do pracy, i życzliwie udzielał rady, wyjaśnienia i pokierowania, a na błędy innych, zwłaszcza początkujących, był zawsze wyrozumiały i cierpliwy. Liczny zastęp dzielnych chirurgów, wykształconych pod jego okiem, a zajmujących dziś wybitne stanowiska w kraju, to bodaj czy nie jedna z największych zasług obywatelskich przedwcześnie zgasłego profesora. Niestety, los zawistny nie dozwolił Mu rozwinąć rozleglejszej działalności nauczycielskiej na katedrze chirurgii, do której piastowania był on powołany, jak mało kto inny, rozporządzając rozległem doświadczeniem, głęboką nauką i znakomitym darem nauczania. Działalność jego dydaktyczna nie ograniczała się jednak do samych murów szpitala i kliniki. Wszyscy to dobrze wiemy, że należał On do najpilniejszych członków Towarzystwa lekarskiego i rozmaitych zjazdów, gdzie nie tylko słuchał wykładów innych kolegów, biorąc żywy udział w rozprawach, ale nader często przyczyniał się do uświetnienia porządku dziennego pouczającymi wykładami, demonstracyami i t. p. Aż nadto żywo wszyscy pamiętamy, jak jeszcze tak niedawno, trapiony już zabójczą chorobą, przybył na posiedzenie Towarzystwa lekarskiego, by wygłosić wielce zajmujący wykład o trudnej bardzo, przez siebie wykonanej operacyi wycięcia zwoju Gassera. Z natury łagodny, ale gdzie tego potrzeba wymagała, stanowczy, pełen szlachetnego serca, był On najlepszym i najżyczliwszym przełożonym. Surowy dla siebie, był On zawsze wyrozumiałym dla innych. Nikomu z otoczenia nigdy nie odmówił pomocy, a dbał o dobro swych podwładnych więcej niż o własne. To też cześć i miłość otaczającego Go personalu przetrwały zawsze czas bezpośredniego stosunku służbowego, manifestując się na każdym kroku głębokiem przywiązaniem do ukochanego byłego szefa. Najlepszym tego dowodem był jubileusz 25-letniej działalności jego, jako prymaryusza, połączony z uroczystością otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego. Zewsząd, z całego kraju, garnęła się drużyna dawnych lekarzy oddziału, by złożyć hołd swemu zwierzchnikowi, ofiarując mu, jako dowód swej wdzięczności, znakomicie wykonany portret i fundując, w myśl dbałego zawsze w pierwszym rzędzie o dobro swych pacyentów jubilata, stałą kwotę, z której odsetki miały być corocznie rozdzielane pomiędzy godnych rekonwalescentów oddziału chirurgicznego. Z okazyi tego jubileuszu pospieszyli też wszyscy inni, znający ś. p. Obalińskiego, by mu złożyć serdeczne życzenia, a Towarzystwo lekarskie krakowskie i Towarzystwo ratunkowe uznały Go godnym najwyższego odznaczenia, jakiem rozporządzały, mianując swym członkiem honorowym.

Pożegnanie ś. p. Obalińskiego z personalem szpitalnym, z okazyi nominacyi na zwyczajnego profesora chirurgii, było ponownym dowodem serdeczności stosunku między szefem a podwładnymi.

Z wielkim niepokojem śledziliśmy przebieg choroby ś. p. Obalińskiego i, pomimo przygotowania się do ciężkiego ciosu, który nam zagrażał, wiadomość o śmierci tego zasłużonego człowieka i najtęższego kolegi, wzruszyła do głębi ogół lekarski.

Niezliczone tłumy publiczności ze świata lekarskiego i z poza niego, towarzyszące zwłokom zmarłego do grobu, były najwymowniejszym dowodem głębokiej czci, miłości, przywiązania, wdzięczności, oraz prawdziwego żalu, jaki wszystkich bez wyjątku ogarnął na wieść o rychłym zgonie ukochanego nauczyciela, sławnego lekarza, najwzorowszego kolegi.

Osoba ś. p. Obalińskiego, jako człowieka i kolegi, będzie na wieki otoczona aureolą nieskazitelności. Na jego pamięci, jako człowieka serca, nie ciąży ludzki żal i krzywda, chociaż Jemu los ich nie szczędził. Ideałem i marzeniem Jego były usłużność i pomoc każdemu, bez względu na osobę. Z takiem samem uczuciem stawał w obronie każdej dobrej sprawy i w usługach każdej publicznej instytucyi, o której zbawiennem działaniu był przekonany.

W Towarzystwie lekarskiem był nie tylko jednym z najczynniejszych członków, ale w r. 1883 jego

prezesem, członkiem prawie wszystkich ważniejszych komisyj i komitetów. Jego inicyatywie i skrzętnej pracy zawdzięcza swe powstanie Towarzystwo ratunkowe w Krakowie, o ktorego konieczności i zbawiennej działalności, pisać dziś byłoby chyba zbytecznem. Ś. p. Obaliński, wraz z prof. Rydygierem, był główną dźwignią Zjazdów chirurgów polskich. Zasługa Jego i na tem polu nie mała, nietylko jako męża nauki, ale bardziej jeszcze ze stanowiska narodowego, gdyż chirurdzy polscy złączeni za inicyatywą prof. Rydygiera i ś. p. prof. Obalińskiego w jedno Towarzystwo, dali dowód narodom ościennym i całemu światu, że przemoc zdołała nam wprawdzie odebrać samodzielność państwową, rozwoju jednak duchowego i naukowego żadna siła tego świata pozbawić nas nie zdoła.

Zjazdy nasze wprawdzie co do liczby uczestników z natury rzeczy nie mogą się równać ze Zjazdami chirurgów niemieckich, francuskich i włoskich, lecz co do strony naukowej, treści i wartości wykładów i odczytów oraz przeprowadzonej dyskusyi, dzięki właśnie dzielnemu kierownictwu i wznieceniu ogólnego zapału przez prezesa i wiceprezesa, Rydygiera i Obalińskiego, w niczem im nie ustępują. To też na najbliższym Zjeździe brak Obalińskiego z pewnością mocno się da uczuć; braknie go przedewszystkiem w dyskusyi, gdzie bystrym swym umysłem zdołał zawsze rozprawy, gubiące się nieraz w drobnych szczegółach, sprowadzić do właściwego tematu. Zresztą brał ś. p. Obaliński nie tylko żywy udział w życiu naukowem, ale także i w społecznem, zwłaszcza o ile chodziło o sprawy, dotyczące stanu lekarskiego. Lekarze krakowscy, uznając skuteczną Jego działalność i na tem polu, przy ostatnich wyborach wybrali Go niemal jednogłośnie do Izby lekarskiej. W Radzie miejskiej zasiadał od roku 1890 do 1896 i, jedynie tylko z powodu nawału pracy zawodowej, z niej wystąpił.

Choć los nieubłagany przedwcześnie przeciął nić Jego żywota, choć mu wypadło ustąpić z areny działalności w chwili, kiedy właśnie otwierało się przed Nim nowe pole działania, do którego całe życie wzdychał, nie mniej jednak tem, co zdziałał, wysoko się zasłużył społeczeństwu, nauce i ojczyznie.

Wysoki Wydział krajowy dał wyraz uznania Jego skutecznej pracy dla kraju, zezwalając, by pogrzeb odbył się kosztem funduszu szpitalnego.

Cała Polska chlubić się może tym synem, który w dzielnej, cichej a skromnej pracy, widział cel swego żywota, a pracując skutecznie i wytrwale, zdołał zaskarbić sobie cześć nie tylko u swoich, ale i u obcych. Takich więcej — a wytrwamy!

Prof. Dr. R. Trzebicky.

Spis prac ś. p. Prof. Dra Obalińskiego.

1) Spostrzeżenia chirurgiczne z oddziału chorób zewnętrznych szpitala św. Łazarza. (*Przegl. lek.*, Nr. 36—37, 1871).
2) O przesadzaniu skóry na powierzchnie brodawkujące w celu przyśpieszenia zabliźnienia. (*Przegl. lek*, Nr. 43—46, 1871).
3) Przyczynek do obrażeń brzucha przenikających. (*Przegl. lek.*, Nr. 11—12, 1872).
4*a*) Zapalenie okostnej i martwica kości dolnoszczękowej, wskutek działania wyziewów fosforowych. Wyleczenie zapomocą wyłamania szczęki dolnej. (*Przegl. lek.*, Nr. 50, 1873).
b) To samo po niemiecku (*Archiv f. klin. Chir.*, Bd. XVI. H. 3. J. 1873).
5) Przypadek tętniaka groniastego (Obaliński i Browicz, 1873).
6) Sprawozdanie o ruchu chorych i chorób na oddziele chirurg. szpitala św. Łazarza za rok 1872. (*Przegl. lek.*, Nr. 3—8, 1874).
7*a*) Wyleczenie 2 przypadków raka skórnego płaskiego zapomocą nalewu kory *Condurango* (*Przegl. lek.*, Nr. 24, 1874)
b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt für Chirurg.*, Nr. 12, 1874).
8) Kilka słów o Esmarcha bezkrwawym sposobie wykonywania operacyi (*Przegl. lek.*, Nr. 29, 1874).
9) Sprawozdanie z ruchu chorych i chorób za rok 1873. (*Przegl. lek.*, 1874).
10) Kilka słów o leczeniu złamań kości udowej zapomocą ciężarków. (*Przegl. lek.*, Nr. 44, 1874).
11) O wpływie nowszych sposobów leczenia ran na gojenie się tychże. (*Przegl, lek*, Nr. 1—7, 1877).
12) Uwagi nad leczeniem zapalenia stawu biodrowego zapomocą ciężarków. (*Medycyna*, str. 161, 1878).
13) Przyczynek do kazuistyki rozcięcia chrząstek tarczykowych. (*Medycyna*, str. 641, 1879).
14) Przypadek wydobycia kamienia cięciem wysokiem. (*Medycyna*, str. 577, 1880).
15) Doświadczalny przyczynek do przesączania krwi do jamy otrzewnowej. (*Przegl. lek.*, Nr. 9—10, 1880).
16) Przypadek olbrzymiej słoniowacizny części płciowych męzkich. (*Medycyna*, str. 625, 1881).
17) Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii (*Przegl. lek.*, Nr. 42—45, 1881).
18) Nieco o zutruciu jodoformem. (*Przegl. lek.*, Nr. 6, 1882).
19*a*) Krytyczne uwagi nad 2 pomyślnymi przypadkami trepanacyi czaszki. (*Przegl. lek.*, Nr. 41—43, 1882).
b) To samo po niemiecku. (*Wiener med. Wochenschrift*).
20*a*) Uwagi nad wyborem sposobu resekcyi stawu skokowego, na podstawie własnych doświadczeń. (*Przegl. lek.*, Nr. 27, 1883).
b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Chir.*, Nr. 32, 1884).
21*a*) W sprawie chirurgicznego leczenia wola. (*Medycyna*, Nr. 5, 1884).
b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt für Chir.*).
22) Nowsze wskazania do uretrotomii zewnętrznej.
23*a*) O laparatomiach, wykonanych z powodu niedrożności jelit. (*Przegl. lek.*, Nr. 49—50, 1884).
b) To samo po niemiecku. (*Wiener med. Presse*, 1885).
24) Szkice herniologiczne. (*Medycyna*, Nr. 16—18, 1885).
25) Druga serya laparotomij, wykonanych z powodu niedrożności jelit. (*Gaz. lek.*, str. 525, 1885).
26) Rzadki przypadek powtórnej laparotomii z powodu niedrożności jelit. (*Przegl. lek.*, 1885).

27) Laparotomia z powodu przypadów niedrożności jelit, wywołanych pęknięciem jaja płodowego zamacicznego. (*Przegl. lek*, Nr. 25, 1885).

28) Trzecia serya laparotomij z powodu niedrożności jelit. (*Przegl. lek*, Nr. 50—51. 1885).

29*a*) Przyczynek do operacyi plastycznych, wykonywanych w celu podniesienia zapadniętego nosa. (*Przegl. lek.*, Nr. 10, 1886).

b) To samo po niemiecku. (*Deutsche Zeitsch. f. Ch.* B., 23 H. 2).

30) Jeszcze w sposobie pierwszorzędnej enteroraphii po wycięciu pętli zgorzeliną dotkniętej. (*Przegl. lek.*, Nr. 21, 1886).

31) Nowa metoda autoplastyki. (*Przegl. lek.*, Nr. 23, 1887).

32) Prosty sposób leczenia lekkich zniekształtnień kolana u dzieci. (*Przegl. lek.*, str. 60, 1887).

33) Przyczynek do wiadomości o gorączce moczowej. (*Przegl. lek.*, str. 77, 1887).

34*a*) W sprawie techniki operacyjnej przy bocznej pharyngotomii, celem wydobycia nowotworów migdałka. (*Przegl. lek.*, Nr. 322, 1887).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Chir.*, Nr. 528, 1887).

c) To samo po czesku. (*Časopis lékařů českých*).

35) Mimowolna laparotomia z wyleczeniem. (*Wiad. lek.*, 1887).

36) Mittheilungen aus der chirurgischen Casuistik. (*Wiener med. Presse*, 1887).

37) Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacyi wola. (*Przegl. lek.*, str. 365, 1887).

38*a*) W sprawie techniki przy amputacyi przedudzia. (*Przegl. lek.*, 1887).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Chir.* Nr. 51).

39*a*) Nowy rodzaj narkozy mięszanej. (*Przegl. lek.*, str. 225—229, 1888).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener klin. Wochensch.*, Nr. 15—16).

40) W sprawie leczenia zwężeń gardzieli zapomocą kaniul trwale w nich pomieszczonych (*Przegl. lek.*, str. 271, 1888).

41*a*) O laparotomii, jako środka leczniczym w niedrożności jelit. (*Przegl. lek.*, str. 501—515—527, 1888).

b) To samo po niemiecku. (*Archiv Langenbeck f. klin. Ch.*, 38).

42*a*) W sprawie doszczętnego leczenia przepuklin zapomocą metody Mac Evena. (*Przegl. lek.* Nr. 3, 1889).

b) To samo po niemiecku. (*Internationale Rundschau*, Nr. 3, 1889).

43) Dalsze uwagi nad doszczętną operacyą przepuklin metodą Mac Evena. (*Przegl. lek.*, 338 i 351, 1889).

44) O wtórorzędnej, t. j. skutkiem zabiegów na otrzewny powstającej, niedrożności jelit. (*Przegl. lek.*, str. 65--67, 1889).

45*a*) Uwagi nad recydywą bólu twarzowego po neurektomijach jednej z gałęzi nerwu trójdzielnego. (*Przegl. lek.*, str. 405, 1889).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener klin. Wochenschr.*).

46) O doszczętnem leczeniu zatrzymania moczu u dotkniętych przerostem gruczołu krokowego zapomocą prostatectomii (*Przegl. lek.*, str. 441, 1889).

47) Obaliński i Jaworski: Przypadek resekcyi odźwiernika rakowato zwyrodniałego, oraz spostrzeżenia nad czynnnością żołądka po wyzdrowieniu z tej operacyi. (*Nowiny lek.*, 4, 1889).

48*a*) Uwagi nad czasową resekcyą szczęki dolnej, dokonywaną w celu wyciągnięcia nerwu żuchwowego. (*Gaz. lek.*, 107, 1889).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener med. Presse*, 9).

49) O niespodziankach po gastroenterostomii. (*Now. lek.*, 11, 1890).

50*a*) Nowa metoda resekcyi stępu. (*Przegl. lek.*, 535, 1890).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Ch*, 43).

51) Dwa nowe własne pomysły, ułatwiające zakładanie przewiązek i szwów. (*Przegl. lek.*, 607, 1890).

52*a*) Z zakresu chirurgii nerek. (*Przegl. lek*, 3—20—35, 1891).

b) To samo po niemiecku. (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge*, 10).

53*a*) O wynikach, osiągniętych zapomocą własnej metody resekcyjnej na stopie. (*Przegl. lek.*, 5, 1891).

b) To samo po niemiecku. (*Archiv f. klin. Ch*, 43, H. 2).

54) Ueber seröse retroperitoneale Cysten. (*Wiener klin. Woch.*, 39, 1891).

55) Pamiętnik oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

56*a*) O laparotomii w niedrożności jelit wewnętrznej, na podstawie 110 własnych przypadków. (Rok 1893).

b) To samo po niemiecku. (*Archiv f. klin. Chir.*, Bd. 48, H. 1).

57) Ueber neuere Indicationen zur Salpingotomie. (*Wiener klin. Wochenschr.*, J. 1894).

58*a*) W sprawie wyboru metody operacyjnej przy włókniakach macicy. (*Przegl. chirurg.*, Z. II, T. II, 1894).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener Klinik.*, H. 12).

59*a*) W sprawie zupełnego wykluczenia pętli jelitowej. (*Medycyna*, 44, 1894).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Ch.*, 49).

60) O nowych sposobach chirurg. leczenia wola w ogólności, a w szczególności o wyłuszczaniu sposobem Socina. (*Przegląd lek.*, 1894).

61*a*) Modyfikacya postępowania operacyjnego, podanego przez Gleicha, celem leczenia boleśnego płaskonogu. (*Przegląd lekarski*, 33, 1895).

b) To samo po niemiecku. (*Wien. med. Presse*, 41).

62*a*) Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zapaleń w linii przyrostkowej panewki biodrowej. (*Gaz. lek.*, 1895).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener. med. Woch.* 7—8).

63) O zużytkowaniu promieni Roentgena w celach dyagnostycznych. (*Przegl. lek.*, 8, 1896).

64*a*) Jeszcze w sprawie zupełnego wykluczenia kiszki grubej. (*Przegl. lek.*, 32, 1896).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Ch.*, 34).

65*a*) Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnych zapaleń śródpiersia tylnego. (*Przegl. lek.*, 52, 1890).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 50).

66) Obecny stan chirurgii nerek. (*Gazeta lek.*, 1896).

67) Weitere Beiträge zur Nierenchirurgie. (*Wien. med. Wochenschr.*, 6—7, 1897).

68*a*) Nowy sposób trepanacyi czaszki. (*Przegl. lek.*, Sierpień, 1897).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Ch.*, 1897).

II. **Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Św. Łazarza w Krakowie.**

W sprawie diazoreakcyi Ehrlicha w moczu

napisał

Dr. Antoni Krokiewicz,

prymaryusz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

XII. Zapalenia gośćcowe. Stłuczenia.

a) Przypadków zapalenia stawów ostrego lub przyostrego (Polyarthritis rheumatica) leczono w szpitalu 53, a wykonano diazoreakcyę 910 razy. W 6 tylko przypadkach zapalenia ostrego stawów, przy gorączce 39° C. i zwyż, wystąpiła w moczu diazoreakcya; nadmienić jednak należy, iż okoliczność ta nie stała w związku ani z gorączką ani ze stopniem nasilenia sprawy chorobowej. Częstokroć bowiem można było zauważyć, iż pomimo dalszego trwania wysokiej gorączki i szerzenia się sprawy chorobowej na dalsze stawy, diazoreakcya w moczu nie pojawiała się. Zresztą diazoreakcyi w moczu, w pozostałych 47 przypadkach chorobowych, nie można było stwierdzić, pomimo, że w kilkunastu przypadkach wykonywano ją przez dłuższy czas.

b) W przebiegu gośćca mięśniowego (rheumatismus muscularis) wykonano diazoreakcyę w moczu w 14 przypadkach 61 razy; zawsze z wynikiem ujemnym.

c) Również w 12 przypadkach znaczniejszego stłuczenia ciała (contusio corporis), powikłanego nieraz ze złamaniem żeber, wykonano w moczu diazoreakcyę Ehrlicha 101 razy, zawsze z wynikiem ujemnym.

XIII. W 2 przypadkach zapalenia mięśni w następstwie zapalenia rzeżączkowego (Myositis gonorrhoica), przebiegającego wśród gorączki 38·5° C. wykonano 22 razy diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, zawsze z wynikiem ujemnym.

XIV. W przebiegu zapaleń ropnych ograniczonych lub rozsianych tudzież zgorzeli obwodowej wykonano 178 razy diazoreakcyę w 20 przypadkach chorobowych. Wyłączyć tu należy wszelkie zapalenia ropne powstałe w następstwie. Poszczególnie rzecz się przedstawia, jak następuje:

w przebiegu *Angina follicularis* wykonano 27 razy diazoreakcyę w 8 przyp. chor.

w przebiegu *Abscessus tonsillarum* wykonano 9 razy diazoreakcyę w 3 przyp. chor.

w przebiegu *Furunculosis* wykonano 2 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Mastitis supppurat.* wykonano 3 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Exsudatum parametrit. pur.* wykonano 5 razy diazoreakcyę w 2 przyp. chor.

w przebiegu *Paranephritis supp.* wykonano 19 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Exs. paratyphl. pur. Anus praet.* wykonano 52 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Pyaemia p. phlegmone fem.* wykonano 9 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Phlegmone retroperiton.* wykonano 10 razy diazoreakcyą w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Gangraena utriusque ped. et cruris p. congelationem* wykonano 42 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chorob.

W przebiegu zgorzeli obu stóp i przedudzi, w następstwie odmrożenia, ani razu, pomimo gorączki i wykonania 42 razy diazoreakcyi, nie uzyskano wyniku dodatniego. Chory okazywał znacznego stopnia wynędznienie i został przeniesiony na oddział chirurgiczny, w celu odjęcia części obumarłych. W przypadkach ropni, czyraków i ropnicy stwierdzono zawsze, wraz z gorączką, diazoreakcyę w moczu; jednak zjawisku temu nie można przypisać żadnego donioślejszego znaczenia.

XV. W jednym przypadku zapalenia gruczołu przyusznego (Parotitis serosa) wykonano 4 razy diazoreakcyę, ale z wynikiem ujemnym. Chora naówczas gorączkowała między 38°—38·5° C.

XVI. Nowotwory.

Rak żołądka (Carcinoma ventriculi). Przypadków raka żołądka spostrzegano 35, a wykonano diazoreakcyę Ehrlicha w moczu w przebiegu tej sprawy chorobowej 574 razy. W 12 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne; zresztą chorzy na własne żądanie, aby uniknąć autopsyi, opuścili szpital. Nadmienić jednak należy, iż w tych przypadkach rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem gdzie obok raka żołądka znajdowały się bardzo rozległe zmiany gruźlicze w płucach i gdzie zejście śmiertelne rychlej należy odnieść do sprawy gruźliczej (Phthisis florida pulmonum), niż do nowotworu rakowego w żołądku i przerzutów rakowych w wątrobie, diazoreakcya dawała wynik ujemny. Nigdy wybitnej diazoreakcyi Ehrlicha w moczu nie stwierdziliśmy w przebiegu samego tylko raka w żołądku tak, że okoliczność tę podnosimy, jako cechę rozpoznawczą pomiędzy innemi w pewnych wątpliwych przypadkach, w których, z powodu bardzo posuniętej sprawy chorobowej, rozpoznanie kliniczne jużto niemożebne, jużto tylko z pewnem prawdopodobieństwem postawić można. Nawet w przebiegu zapalenia posokowatego jamy brzusznej, które nastąpiło w jednym przypadku wskutek przebicia nowotworu rakowego żołądka do jamy otrzewnowej, a w drugim — jako powikłanie bez przebicia ściany żołądka, nie otrzymaliśmy diazoreakcyi. W jednym przypadku w przebiegu raka żołądka, który zakończył się śmiercią z powodu *peritonitis septica e perforatione*, wykonano 101 razy diazoreakcyę; w drugim 83 razy. Zresztą ograniczano się do wykonania diazoreakcyi kilkanaście razy w pojedynczym przypadku.

Na uwagę zasługują dwa przypadki, w których brak diazoreakcyi, wbrew przebiegowi klinicznemu, przemawiał za nowotworem rakowym żołądka.

N. N. przyjęta została do szpitala ze znacznymi obrzękami. Badanie kliniczne było utrudnione z tego powodu, że treści żołądkowej nie można było uzyskać; chora bowiem nie wymiotowała, a założenie zgłębnika, z powodu znacznego osłabienia, było niemożliwe. Obraz kliniczny przemawiał za gruźlicą przewodu pokarmowego i następową wodnistością krwi (hydremia). Chora skarżyła się na ból w dolnej części brzucha, w postaci rznięcia, pojawiającego się od czasu do czasu w dzień i w nocy; miała codziennie 8—9 stolców wodnistych, tudzież przez cały przeciąg pobytu w szpitalu gorączkowała od 38—39° C. (w ciągu 18 dni). Badaniem stwierdzić tylko można było wypuk krót-

szy nad szczytem prawego płuca, bez ważniejszych cech, bolesność całego brzucha, a pośród jamy brzusznej guzy wielkości orzechów włoskich i jaj gołębich, który to obraz jednak, w miarę szybko wzrastającej opuchliny jamy brzusznej, rychło się zatarł. Z tego powodu nasuwała się myśl w czasie obserwacyi klinicznej, iż w danym przypadku ma się do czynienia z zagęszczeniem gruźliczem szczytu płuca prawego, wrzodami gruźliczymi w jelitach i gruźlicą gruczołów krezkowych (Condensatio apicis pulmonis dextri. Ulcera tuberculosa intestinorum. Tabes mesaraica). Jedynie brak w moczu diazoreakcyi przez cały czas spostrzegania klinicznego, która w przebiegu owrzodzeń gruźliczych występuje, naprowadzał na sprawę nowotworową i w myśl tego rozpoznano raka w żołądku i przerzuty na sieci i pośród gruczołów krezkowych. (Carcinoma ventriculi. Metastases carcinomatosae omenti ac glandularum mesaraicarum). Nie ulega zatem wątpliwości, iż w danym przypadku odnieść należy gorączkę i biegunkę do sprawy posoczniczej (sekcya wykazała Carcinoma exulcerans ventriculi), wywołanej rozpadem tkanki nowotworowej, a trafność rozpoznania klinicznego należy zawdzięczyć stałemu ujemnemu wynikowi diazoreakcyi Ehrlicha w moczu. Diazoreakcyę w owym przypadku wykonywano codziennie, przez 18 dni, aż do śmierci.

W drugim przypadku wskazówki etyologiczne i obraz kliniczny przemawiały za marskością zanikową wątroby (cirrhosis hepatis atrophica). Można było stwierdzić niezwykłe nadużywanie wódki, bardzo znaczny stopień opuchliny jamy brzusznej, mniej kończyn dolnych, brak bólów i wymiotów w czasie 14 dniowego pobytu w szpitalu. Badanie płynu w ilości 6 litrów, wypuszczonego z jamy brzusznej, wykazało treść jasną, czystą, żółto bursztynową, co przemawiało przeciw zmianom zapalnym na otrzewnej. Wykonano 10 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym, poczem chory zmarł. Sekcya stwierdziła nowotwór rakowy żołądka o utkaniu galaretowatem i przerzuty liczne na otrzewnej. Zważywszy, iż według naszego doświadczenia, w przebiegu marskości zanikowej wątroby występuje od czasu do czasu diazoreakcya, niezależnie od bilirubiny w moczu, bylibyśmy uzyskali trafne rozpoznanie kliniczne, uwzględniając brak jej w ciągu naszej dziesięciorazowej obserwacyi.

Inne przypadki raka żołądkowego nie przedstawiały za życia żadnej trudności, co do pewności rozpoznania klinicznego.

b) W przypadku raka gardziela (Carcinoma oesophagi), który zakończył się śmiertelnie wykonano 9 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym.

c) W przypadku raka wątroby (Carcinoma hepatis) wykonano 5 razy diazoreakcyę, z wynikiem ujemnym.

d) W przypadku raka trzustki (Carcinoma pancreatis) wykonano raz diazoreakcyę, z wynikiem ujemnym.

e) W przypadku raka odbytnicy (Carcinoma recti) wykonano 3 razy diazoreakcyę, z wynikiem ujemnym.

We wszystkich tych przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, a sekcya stwierdziła przerzuty nowotworowe w narządach wewnętrznych i gruczołach chłonnych jamy brzusznej.

f) Rak macicy (Carcinoma uteri). W 7 przypadkach rozległego raka macicy wykonano 179 razy diazoreakcyę Ehrlicha w moczu. U chorych, dotkniętych rakiem macicy, w 3 przypadkach znajdowały się rozległe zmiany nowotworowe w pęcherzu, a w jednym przypadku w pochwie i odbytnicy. We wszystkich przypadkach można było stwierdzić zmiany nieżytowe pęcherza, w większym lub mniejszym stopniu. Nigdy w przebiegu raka macicy nie zauważono diazoreakcyi Ehrlicha w moczu; w jednym tylko przypadku, w przebiegu bardzo rozległego raka macicy, pęcherza i odbytnicy stwierdzono, na 105 obserwacyj, diazoreakcyę w moczu 8 razy; zresztą zawsze był brak takowej. W przypadku tym to krótkotrwałe pojawienie się diazoreakcyi Ehrlicha w moczu należy odnieść do sprawy chorobowej, która naówczas zaznaczyła się wysoką gorączką, obrzękiem nogi lewej, dreszczami i obecnością krwi w moczu. Po tych 8 razach znikła aż do śmierci diazoreakcya w moczu. Sekcya tłómaczy nam to zjawisko, skoro uwzględnimy rozpoznanie anatomiczne: *Carcinoma exulcerans vaginae, uteri, recti. Metastases carcinomatosae in parametrio. Fistula recens vesicovaginalis et vaginorectalis. Exsudatum purulentum saccatum in cavo Douglasi. Peritonitis fibrinopurulenta. Hydronephrosis renis d. Phlegmone cruris sin. Thrombosis venae cruralis sin. Atrophia musculi cordis.*

Wszystkie przypadki raka macicy zakończyły się śmiertelnie. W raku macicy zatem brak diazoreakcyi Ehrlicha w moczu, jeśli nie dołącza się ostra ropna sprawa gorączkowa.

g) Nieco odmienniej ma się rzecz w przypadkach raka jajnika (Carcinoma ovarii). W dwóch przypadkach raka jajnika wykonano 111 razy diazoreakcyę w moczu, zawsze z wynikiem dodatnim. W 1 przypadku sekcya stwierdziła: *Carcinoma ovarii d. Metastases carcinomatosae hepatis ac gl. lymphaticarum abdominis. Endocarditis verrucosa recens;* w drugim przypadku protokół oględzin pośmiertnych opiewał: *Carcinoma ovarii utriusque. Carcinosis peritonei et omenti. Peritonitis serofibrinosa traumatica (p. punctionem abdominis). Atrophia musculi cordis.* W tym ostatnim przypadku wykonano za życia diazoreakcyę 105 razy zawsze z wynikiem dodatnim.

Tyle co do diazoreakcyi Ehrlicha w moczu w przytoczonych powyżej sprawach chorobowych.

Uwzględniając wynik naszych spostrzeżeń dochodzimy do następujących wniosków:

1) Diazoreakcya Ehrlicha w moczu nie ma żadnego donioślejszego znaczenia tak ze stanowiska dyagnostycznego jak i prognostycznego w zapaleniu płuc krupowem i nieżytowem, w nieżytach oskrzelowych, w zapaleniu opłucnej, w zgorzeli płuc, w rozedmie płucnej, w chorobach narządu krążenia, trawienia, układu nerwowego, w chorobach krwi i nieprawidłowej przemiany materyi, w przebiegu zatruć ostrych wyskokiem, metaloidami, alkaloidami i gazami, w przebiegu rozmiękczenia kości, zimnicy i malaryi, gośćca stawowego i mięśniowego, róży, zapaleń mięśni na tle rzeżączkowem, stłuczeń ciała, zakażeń ropnych i posokowatych, zapalenia gruczołu przyusznego.

2) W chorobach nerkowych, o ile one nie polegają na zatruciu leczniczymi środkami barwikowymi, n. p. chryzorabiną — diazoreakcyi Ehrlicha w moczu nigdy stwierdzić nie można.

3) W przypadkach raka żołądka, gardziela, odbytnicy, trzustki, wątroby i macicy — brak diazoreakcyi Ehrlicha zawsze w moczu. Jeśli w przypadkach raka macicy wystąpi krótkotrwała diazoreakcya Ehrlicha w moczu, świadczy to o dołączeniu się rozleglejszego zapalenia w tkankach

4) W przypadkach pierwotnego raka jajników z następowymi przerzutami na sieci i otrzewnej diazoreakcya występuje w moczu.

5) W gruźlicy płuc pojawienie się diazore-

akcyi w moczu wskazuje na niepomyślne rokowanie, a mianowicie na przebieg ostry sprawy chorobowej. Częstokroć diazoreakcya wyprzedza tu badanie bakteryologiczne. Jeśli zmiany w płucach są nieznaczne, a w moczu występuje diazoreakcya Ehrlicha, sprawa chorobowa rychło się kończy niepomyślnie. Obecność diazoreakcyi w moczu nie stoi w zależności od ilości prątków w plwocinach. Może być w plwocinach dużo prątków, a jednak jeśli nie można stwierdzić w moczu diazoreakcyi Ehrlicha, rokowanie na razie nie jest złe. Białkomocz, jako wyraz gorączki w gruźlicy, nie pozbawia warunków dla powstawania diazoreakcyi w moczu; podobnie i owrzodzenia gruźlicze w jelitach i towarzysząca im biegunka. Natomiast niema diazoreakcyi w moczu, jeśli, obok zmian gruźliczych w płucach, istnieje przewlekłe zapalenie nerek. Zgorzel płuc, jako powikłanie gruźlicy płuc, częstokroć paraliżuje wystąpienie diazoreakcyi w moczu. Bardzo obniża wartość prognostyczną diazoreakcyi w gruźlicy płuc skłonność do krwiotoków płucnych. Naówczas bowiem zmiany w płucach i w ogóle w narządach wewnętrznych nieznaczne, brak diazoreakcyi w moczu a mimo to przez nagłe pęknięcie zwyrodniałej gruźliczo ściany naczynia, w skutek n. p. gwałtownego kaszlu, może przyjść do silnego krwotoku i niespodziewanego zejścia śmiertelnego. W przypadkach usadowienia się sprawy gruźliczej przeważnie na błonach surowiczych pośród gruczołów chłonnych, narządu ruchowego i moczopłciowego, diazoreakcya Ehrlicha w moczu albo wcale nie znachodzi się, lub tylko od czasu do czasu. Zawsze występuje diazoreakcya Ehrlicha w moczu w przypadkah gruźlicy prosówkowej i tylko czasami, przed samą śmiercią, słabnie co do nasilenia.

6) W durze brzusznym, — nawet w postaci poronnej i lekkiej, — występuje diazoreakcya Ehrlicha w moczu zawsze w I. i II. okresie chorobowym; później słabnie, lub zupełnie znika. Diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, w przebiegu duru brzusznego, można nawet, zdaniem naszem, uważać jako jeden z objawów chorobowych. Dopóki diazoreakcya Ehrlicha w moczu, w przebiegu duru brzusznego, istnieje, nie można uważać sprawy chorobowej, jako przełamującej się, nawet pomimo pozornie dobrego przebiegu klinicznego. Pojawienie się diazoreakcyi w moczu w okresie ozdrowienia wskazuje prawie zawsze na nawrót duru brzusznego.

7) W przypadkach wątpliwych i daleko posuniętych raków żołądka i gruźlicy przewodu pokarmowego, brak stały diazoreakcyi Ehrlicha w moczu przemawia za rozpoznawaniem tej pierwszej sprawy chorobowej.

W ogóle na podstawie naszych doświadczeń, jesteśmy uprawnieni do twierdzenia, że diazoreakcya jest jednym z bardzo ważnych czynników rozpoznawczych i prognostycznych dla lekarza klinicysty w przypadkach gruźlicy płuc i duru brzusznego. Śmiało rzec możemy, iż diazoreakcya Ehrlicha w moczu, to drogoskaz w rokowaniu dla klinicysty, w każdym przypadku duru brzusznego, a prawie zawsze i w gruźlicy płuc.

W celu wyświecenia, od czego zależy diazoreakcya w moczu, wykonywaliśmy odpowiednie doświadczenia z toksynami jadu gruźliczego, jadu duru brzusznego, róży, ropnego, użyczonymi nam uprzejmie przez Dra Batkę z zakładu higienicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Mogliśmy jednak stwierdzić, iż ona nie zależy od powyższych toksyn. Również nie zależy od obecności peptonów w moczu.

Z uwagi, iż diazoreakcya różnie się zachowuje ze względu na okres chorobowy w durze brzusznym i gruźlicy płuc, nie możemy jej uczynić zależną od ilości antitoksyn w ustroju. Prawdopodobnie więc przyczynę powstawania diazoreakcyi Ehrlicha w moczu odnieść należy do obecności w moczu naówczas jakiegoś wytworu rozpadowego istot białkowatych komórek, bliżej nam nieznanego. O ile ta hipoteza zasługuje na uwagę, może w przyszłości uda się wykazać.

W Krakowie 1 czerwca 1898 r.

III. Z Instytutu anatomiczno-patologicznego prof. Dra A. Obrzuta.

Torbielkowate zwyrodnienie nerek u noworodka.

Podał

Dr. J. Krzyszkowski,

asystent.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Obraz mikroskopowy nerki prawej. Już gołem okiem, a tembardziej pod małem powiększeniem, widać odgraniczenie piramid od istoty korowej. W części przylegającej do miedniczki nerkowej, obok włókien tkanki łącznej, dość zbitej, spotykamy tu i owdzie komórki mięśni gładkich. Między tą warstwą a właściwemi piramidami mamy nieregularną warstwę komórek tkanki młodej, ziarninowej. Tkanka ta gubi się w istocie rdzennej nerki, której stanowi tło. W istocie rdzennej uderzają nas dwa rodzaje kanalików: A) Jedne mniej obfite, dość duże, często nadmiernie porozszerzane, przebiegające w najrozmaitszych kierunkach, za czem świadczy to, że na żadnym przekroju nerki nie otrzymałem ich na dłuższej przestrzeni. Kanaliki te posiadają przybłonek wysoki, prawie że walcowaty o jądrach dużych, barwiących się silnie hematoksyliną, a pośród nich spotykamy nieliczne zwężone, jeszcze silniej się barwiące komórki. Kształt tych kanalików jest bardzo rozmaity, często są esowato lub wężowato poskręcane; — kształt owalny pochodzi od skośnego przekroju. Rozmiary ich przedstawiają również znaczne wahania, od kanalików bardzo szerokich, do składających się zaledwie z kilku komórek o wązkiem świetle lub przestrzeni, wypełnionych kilku komórkami przybłonkowemi. Światło kanalików jest przeważnie wolne. Na nielicznych przekrojach widać po kilka warstw przybłonków; po dokładniejszem jednak zbadaniu dostrzedz łatwo, że pochodzi

to od skośnie poprowadzonego przekroju. B) Kanaliki drugiej kategoryi są w ogóle mniejsze, o komórkach sześciennych; obrysy ich wyraźniejsze, jądra barwiące się blado; wielkość ich podlega również wahaniu, jednak mniej znacznemu, niż poprzednich. W tkance podstawowej, około bardzo nielicznych kanalików i torbieli, znajdujemy komórki wydłużone o pałkowatem jądrze, bardzo do mięśni gładkich podobne. Istota korowa przedstawia obraz bardzo zajmujący. Możnaby ją na dwie części podzielić: na część powierzchowną, składającą się z licznych małych torbielków i część korową. Kora jest niejako poprzedzielaną na pojedyncze odcinki rozszerzonymi, prosto przebiegającymi kanalikami. Przybłonek ich jest zupełnie podobnym do przybłonka kanalików A), znajdujących się w piramidach. Na paru tych prostych kanalikach zauważyłem na granicy piramid nerkowych kolbkowate rozszerzenia. Reszta kanalików ma wejrzenie prawidłowe (komórki sześcienne, obrysy ich mniej wyraźne, jądra jasne, w części środkowej komórki ułożone). Kłębuszki, tutaj bardzo liczne, nie okazują zbyt wyraźnych pętli naczyniowych, jakkolwiek są wypełnione szczelnie ciałkami krwi, a pokryte komórkami o jądrach okrągłych, dużych, silnie się barwiących. Natomiast torebki Bowmana mają jądra maleńkie, także barwiące się silnie. W miarę zbliżania się ku powierzchni widzimy, że torebki te nieco się rozszerzają, kłębuszki zaś niestosunkowo maleją tak, że wreszcie w wielu torbielkach znajdujemy na ich ścianach płaskie pozostałości po kłębuszku, zawierające ciałka krwi wśród komórek przy- i śródbłonkowych. Warstwa powierzchowna kory, składa się z licznych drobnych, przeważnie nieregularnego kształtu, torbieli. Na ścianach zupełnie powierzchownie leżących torbieli śladu nigdzie nie ma po kłębuszkach. Torbiele te są wysłane komórkami płaskiemi, o jądrach dobrze się barwiących; obrysy komórek nie widoczne. Pośród tych torbieli udało mi się wynaleźć kilkanaście takich, gdzie na ścianie były wyraźne jeszcze, nieco zmienione obrysy komórek kanalików: komórki wysokie, protoplasma jasna, obrysy zaznaczone, jądra dość ciemne tuż przy *membrana propria*. Ściany wszystkich tych torbieli, a względnie tkanka pomiędzy nimi, stanowiąca zarazem ich ścianę, składa się z tkanki łącznej, wiotkiej, gdzieniegdzie już zbitszej, różnorako wciskająca się do torbieli samych tak, że torbiele te ostatecznie przyjmują zatokowate kształty. We wszystkich miejscach, odpowiadających zetknięciu się pojedynczych *renculi* nerki, zarodkowa ta tkanka, wraz z torbielami, wchodzi bardzo głęboko w miąższ nerki, dochodząc do tkanki włóknistej, otaczającej miedniczkę. Oprócz tych, bardzo licznych, ułożonych na powierzchni torbieli, spotykamy jeszcze zwykle na średniej wielkości preparacie parę innych, nieco odmienne wywołujących wrażenie, a mianowicie torbiele okrągłe, ułożone między piramidami, lub na granicy substancyi korowej. Są one znacznie większe, otoczone paskiem tkanki wiotszej, przesiąkłej niejako treścią torbiela; w tej tkance znajdują się wszystkie pierwiastki składowe otaczającego utkania, a więc oba rodzaje kanalików A) i B), oraz naczynia. Kanaliki i włókna tkanki łącznej są łukowato, równolegle do światła torbiela wygięte, robią wrażenie, jakby się poddawały lub ustępowały parciu treści. Torbiele są na większych przestrzeniach pozbawione przybłonka, który złuszczony, znajduje się w dość ziarnistej treści torbiela, zawierającej nieliczne ciałka krwi i wydłużone komórki tkanki podstawowej otoczenia. Do tych dwóch głównych typów torbieli dodać jeszcze należy bardzo nieliczne, powstałe ze zlania się paru rozszerzonych *ad maximum* kanalików krętych, wskutek zaniku tkanki międzymiąższowej znajdującej się pomiędzy niemi. W świetle tych, zresztą bardzo nielicznych torbieli widać resztki przegródek na ścianach, tu i owdzie typowe komórki kanalików nerkowych, a treść ich jest też najbardziej ziarnistą i tu najczęściej spotykałem rozpadłe ciałka krwi, lub masy szkliste (hyalinowe) i rozpadki (detritus) komórek. W ogóle utkanie tej nerki jest dość unaczynione, a tu i ówdzie w tkance międzymiąższowej widoczne dość rozległe wybroczyny.

Nerka lewa i pod mikroskopem czyni wrażenie zmian znacznie dalej sięgających, lub, raczej powiedzmy, nie wywołuje zupełnie wrażenia nerki. O odnalezieniu prawidłowej budowy miąższu nerkowego mowy tutaj niema; zaledwie bardzo nieliczne i to zanikające ślady kłębuszków Malpigiego świadczą o tożsamości narządu. W ogóle całość robi raczej wrażenie jakiegoś nowotworowego (mięsakowatego) utkania, w którem spotyka się liczne torbiele o kształtach przeważnie nieregularnych, zatokowatych, umiejscowione w części odpowiadającej korze; lecz może najciekawsze są przekroje kanalików o wysokim przybłonku i dużych, silnie się barwiących, jądrach, zupełnie podobne do kanalików A) nerki prawej. Każdy taki przekrój kanalika jest otoczony kilku lub kilkunastu warstwami komórek młodej zarodkowej tkanki łącznej i, im bliżej ku obwodowi, tem bardziej przybierającej cechę ustalającej się o wydłużonych jądrach i włóknach. Zwykle kilka takich obrosłych kanalików jest objętych paru współśrodkowemi warstwami tejże samej tkanki. Kanalików, podobnych do kanalików B) nerki prawej, ani też odpowiadających prawidłowym, tutaj nie znalazłem.

Torbiele w nerce lewej są liczne i ułożone głównie w części korowej; podobne one są do torbieli nerki prawej, tylko, że są znacznie większe, a kształty ich bardziej nieregularne, wybitnie zatokowate; tkanka łączna, pomiędzy nimi ułożona, jest obfitsza, zbitsza i niejako wybujała do światła torbieli, wypuklając przed sobą wyścielający je przybłonek. Przybłonek płaski o jądrach silnie się barwiących, na wielu miejscach odłuszczony, leży luźnie w treści torbieli. Wiele z tych odłuszczonych przybłonków jest znacznie powiększonych, wodniście obrzękłych; nieraz dochodzą owe komórki do znacznych rozmiarów; protoplasma wodojasna, jądro małe, tu i owdzie spotykamy taką komórkę pękniętą i z niej półksiężycowatego kształtu zewnętrzną otoczkę protoplazmy, oraz jądro luźnie leżące. W wielu też torbielach spotyka się mniej lub więcej liczne ciałka krwi. Na ścianach wielu torbieli spotykałem małe zlepieńce (konglomeraty) komórek przybłonkowych, które ze względu na brak w nich ciałek czerwonych krwi, trudno uważać za niedokształcone kłębuszki. Kłębuszki Malpigiego spotykamy na całej przestrzeni, lecz bardzo nieliczne i to przeważnie w stanie zaniku. Kłębuszki o wyraźnych pętlach i torebce Bowmana są nadzwyczaj rzadkie i znajdują się głównie w głębszej warstwie kory, w reszcie kłębuszków, leżących często luźnie w tkance, nie spotykamy wyraźnych pętli, a wielu możemy się domyślać z charakterystycznego ułożenia komórek i ciałek krwi czerwonych. Te szczątki kłębuszków leżą zwykle w otoczeniu paru kanalików, lub luźnych komórek przybłonkowych,

w nieco wiotszej tkance łącznej, ułożonej pomiędzy ścianami torbieli.

Część miąższu nerki, znajdująca się tuż przy miedniczce, przedstawia obraz, zupełnie podobny do nerki prawej. W miejscach, odpowiadających brodawkom, znajdują się smugi mięśni gładkich. Jamki zaś owe, makroskopowo widzialne w rozszerzonej miedniczce, wchodzą dość głęboko w miąższ, zdają się nawet komunikować z kanalikami, a w głębszych częściach są wypełnione złuszczonym przybłonkiem i ciałkami krwi.

Zajmującym jest ten fakt, że w wielu większych torbielach, silnie zatokowatych, tam, gdzie się znajduje częściowo złuszczony przybłonek, obnażone te miejsca są pokryte kilku warstwami komórek o jądrach dużych, bladych, nieregularnych; — granica protoplazmatyczna komórek jest niewidoczna i daje się dopatrzyć pewne przejście do tkanki otaczającej. Czy te gromady komórek kłaść na karb skośnego przekroju, czy też na rodzaj obrzęku tkanki okolicznej pod wpływem treści torbiela? To drugie przypuszczenie zdawałoby mi się o tyle uzasadnionem, że spotykałem ten objaw li tylko na miejscach obnażonych z przybłonka, w przeciwstawieniu do ostrej granicy miejsc, gdzie przybłonek był utrzymany. Rodzaj obrzęku ściany zauważyłem też i na poprzecznych przekrojach kanalików tam, gdzie ich przybłonek na całej przestrzeni odstaje.

Nerka ta zawiera stosunkowo wielką ilość naczyń; naczynia porozszerzane, ściana ich nadzwyczaj cienka tak, że czasem trudno orzec, czy mamy do czynienia z ciałkami krwi w naczyniu, lub leżącemi luźnie w tkance.

Mając na względzie twierdzenie Kimli, że „zmiana ta jest zawsze wrodzona, zawsze obustronna i bez wyjątku staje się przyczyną niezdolności do życia pozamacicznego“, musimy postawić sobie pytanie, czy mamy tu rzeczywiście do czynienia z tem zwyrodnieniem i czy niem są dotknięte obie nerki? Pierwsze pytanie, przynajmniej co do nerki lewej, zwłaszcza, gdy uprzytomnimy sobie opis makro- i mikroskopowy, nie ulega żadnej wątpliwości; co do drugiej nerki, to uważając zupełne zniszczenie miąższu nerkowego za *conditio sine qua non*, mogłoby być sprawą sporną, czy należy uważać te zmiany napowierzchni kory za początkowe i częściowe zwyrodnienie. Jeżeli na to odpowiemy, przecząco czy twierdząco, to znów nasuwa się pytanie, czy nie będzie to sprzecznem z samą istotą powstawania zmiany? Mojem zdaniem fakt ten nie tylko nie może zachwiać teoryi powstawania zwyrodnienia na tle jakichś zaburzeń rozwojowych, lecz owszem powinien jeszcze ją wesprzeć; nie widzę bowiem powodu, aby wobec tego, że każda nerka rozwija się z osobnego prążka nabłonkowego, miały zawsze obie i zawsze w jednym stopniu temu samemu zwyrodnieniu ulegać. Jeżeli przyjmiemy, że nerka prawa przez pewien czas funkcyonowała, to będziemy mogli sobie nie tylko łatwo wytłómaczyć, że dziecko było donoszone, lecz i to, że nie okazywało obrzęków i że żyło przez dwa dni. Virchow jest zdania, że większość dzieci z zwyrodnieniem nerek rodzi się w 8 mies. życia płodowego. Kimla uważa obrzęki na całem ciele za rzecz bardzo charakterystyczną dla zwyrodniałych nerek.

W ogóle jeżeli porównujemy opisy tej ze wszech miar ciekawej zmiany u różnych autorów, to widzimy, że w każdym przypadku spotykamy pewne różnice i tak: Kahlden i Kimla wswoich dwóch przypadkach, zresztą zupełnie równych, widzieli utrzymaną mniejwięcej 8-mą część wszystkich kłębuszków i widoczną znaczną część kanalików. Virchow kłębuszków nie zauważył, natomiast spostrzegał liczne, różnie się rozszerzające kanaliki. Hanau zaś twierdzi, że nigdzie w korze nie widział ani śladu po kanalikach, tylko same torbiele, a bardzo nieliczne kłębuszki i kanaliki proste w części piramidalnej. Virchow nie wspomina nic o mięśniach gładkich, na które znów Kahlden i Kimla szczególniejszą zwracają uwagę. Badacze ci nigdzie nie spostrzegali kłębuszków na ścianach torbieli; w moim zaś przypadku są one aż nadto widoczne w nerce prawej. Co do mięśni gładkich, to z wyjątkiem miejsc, odpowiadających brodawkom, nie widziałem ich nigdzie wyraźnie; natomiast jest tam rzecz bardzo charakterystyczna, rodzaj obrośnięcia pojedynczych kanalików (nerka lewa) przez tkankę zarodkową, o podługowatych jądrach. Widziałem dalej: przekroje, w środku których raz znajdował się kanalik rozszerzony o wielu jądrach; to znowu był kanalik, składający się z kilku komórek, ze światłem lub bez; innym razem spostrzegałem mały otworek, utworzony li tylko z błony właściwej (membrana propria) i wreszcie widziałem przekroje utworów współśrodkowych zupełnie pełne, bez śladu kanalika. Widać więc, że owa atypowa dla nerki tkanka nie tylko obrasta i zwęża kanaliki, lecz nawet je całkiem przewęża. Brak w danym przypadku mięśni gładkich nie powinien tu, zdaje mi się, tak dalece wpływać na zmianę teoryi Kimli, gdyż w miejsce ich mamy inną, również pochodzenia mezodermalnego tkankę.

W jakim związku są zmiany w nerce prawej? trudno orzec. Sądzę, że należałoby porównać ten obraz z obrazami rozwoju nerek w różnym okresie płodowym. Naprowadza zaś mnie na to badanie nerki V do VI-miesięcznego płodu, gdzie część powierzchowna kory różniła się od głębszej jej warstwy a porównanie z moim przypadkiem wywołuje wrażenie, że w tym właśnie okresie przyszło do znacznego przerostu tkanki śródmiąższowej warstwy powierzchownej, który doprowadził do zarośnięcia (obliteracyi) dróg odpływowych z niektórych kanalików, jakoteż torebek Bowmana i do następowego retencyjnego wytworzenia się torbieli. Pod wpływem wzajemnego ucisku, oraz ucisku owej bujającej tkanki, torbiele poprzybierały najrozmaitsze kształty. Co do wytwarzania się torbieli, to twierdzę, że one powstają tak z kanalików prostych, jak i torebek Bowmana, a głównie z kanalików, leżących tuż pod torebką nerki. Różnica jednych od drugich, wyraźna z początku, później może być całkiem zatartą. Dalszy rozrost tych torbieli zależeć musi z jednej strony od wydzieliny komórek i przesięku, jak z drugiej strony od zwyrodnienia opuchlinowego (hydropicus) przybłonków, jakoteż od wynaczynień krwi do wnętrza istniejących lub tworzących się torbieli. Od tych trzech składników i stosunku ich wzajemnego, zależy barwa i gęstość treści.

Co do innych zmian, towarzyszących temu zwyrodnieniu, to znaną jest wszystkim rzeczą, że tak u płodów, jak i u ludzi starszych spotykamy często różne zboczenia utworowe w najrozmaitszych narządach, jakoto: *meningoencephalocele, labia leporina, cheilognathopalatoschisis, pes varus, pes equinovarus*, dalej nadliczbowe palce u rąk i nóg, podwójną lub przedzieloną pochwę i macicę i, dość częste zwyrodnienia torbielkowate w wątrobie, a rzadkie jajnika, niezrośnię-

cie otworów płodowych serca. Zmiany w moim przypadku znalezione, stoją zupełnie odosobnione; podobnych nie zdarzyło mi się w dostępnej literaturze spotkać, a temi są: puchlina nerkowa (hydronephrosis) obustronna, komunikacya przerosłego pęcherza z kiszką stolcową, zarośnięcie cewki moczowej i niedokształcenie rzyci.

Dla odróżnienia tej zmiany w nerce od zwykłego zwyrodnienia torbielkowatego, spotykanego często i u płodów (Virchow na siedm przypadków zwyrodnienia nerek u noworodków miał tylko raz do czynienia z właściwem torbielkowatem zwyrodnieniem, jednak jego od reszty nie wyróżniał[1]), pozwoliłem sobie, trzymając się podziału Kimli, nazywać ją zwyrodnieniem torbielkowatem wrodzonem. Kto wie, czy nasza nerka prawa, gdyby nie towarzysząca jej puchlina (hydronephrosis) powodująca zarośnięcie (obliteracyę) brodawek, nie przeszłaby była w przyszłości w typowe zwyrodnienie torbielkowate.

Zarazem niech mi będzie wolno na tem miejscu podziękować memu szanownemu szefowi, prof. Dr. A. Obrzutowi, za zachętę do pracy i światłe uwagi.

[1]) Kimla.

IV. Oceny i sprawozdania.

Surowica przeciwbłonicza w świetle rozpraw w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem.

(Ciąg dalszy).

W obronie swoistości prątka Löfflera wystąpił Kowalski z twierdzeniem, że prątek ten stanowczo wywołuje błonicę; przyznać jednak trzeba, że w blizko 20% przypadków, rozpoznanej na podstawie objawów klinicznych błonicy, prątka tego nie znachodzimy, czyli, że rozpoznanie bakteryologiczne błonicy nie kryje w zupełności rozpoznania klinicznego. Twierdzenia swoje opiera Kowalski na własnych badaniach, w których nie ograniczał się nigdy do oglądania błon wprost pod drobnowidem, lecz zawsze posługiwał się szczepieniem błon na rozmaite pożywki, bo tylko w ten sposób uzyskuje się całość obrazu. Przy takiem badaniu stwierdzał na błonie śluzowej gardła, obok prątków błoniczych, także *staphylococcus pyog. aur.*, *staphylococcus pyog. alb.*, *streptococcus pyog. long*, *streptoc. pyog. ten.*, *diplococcus pneumoniae*, *streptococcus cumuliformis*, wreszcie prątki gruźlicze Zaledwie w 20—40% przypadków znachodził wyłącznie prątki błonicze; najczęściej obok nich znajdowały się inne, wyżej wymienione drobnoustroje ropotwórcze i te przypadki błonicy uważać należy za zakażenie mięszane. Jasnem jest, że wynik leczenia surowicą zależnym jest od postaci błonicy; najlepszych wyników spodziewać się należy w czystych niepowikłanych postaciach; wątpliwym będzie wynik, wobec przeważającego zakażenia mięszanego. W płonicy i odrze stwierdził K. prątki błonicze zaledwie w 1—2% przypadków badanych; prawdopodobnie w przypadkach tych rozchodziło się o równoczesne zakażenie błonicą. Poszukiwania K. prątków błoniczych u osób zdrowych dawały zawsze wynik ujemny; na podstawie tego uważa odnośne spostrzeżenia przytoczone przez Kassowitza z literatury, za niedostateczne i jeśliby miały być uznane przez naukę, jako pewnik, to należałoby badania te powtórzyć.

Zdaniem Kowalskiego nie należy jedynie w statystyce szukać rozstrzygnięcia skuteczności surowicy; dotychczasowe prace doświadczalne tak należycie rzecz wyjaśniły, że można mieć do tego sposobu leczenia już z góry zupełne zaufanie i uważać je za epokowy wypadek na drodze postępu lecznictwa.

W dłuższym wywodzie zwalczał następnie Prof. Paltauf wszystkie po kolei zarzuty, podniesione przeciw surowicy przez Kassowitza. Najpierw zastrzega się P. przeciw porównywaniu, jak to uczynił Kassowitz, surowicy błoniczej z surowicą przeciwtężcową. Każdy jad wywołuje pewne swoiste zmiany: tak np. jad tężca nie wywołuje żadnych zmian miejscowych, natomiast sprowadza takie uszkodzenia w ośrodkach układu nerwowego, że później zastósowana surowica jest bezskuteczną. Roux, zwolennik surowicy przeciwbłoniczej oświadczył, że nie spodziewa się wyników po surowicy przeciwtężcowej. Tem mniej nie można porównywać własności surowicy przeciwbłoniczej, z własnościami krwi cielat, szczepionych ospą, której nie znamy pasorzyta, nie możemy wzmacniać jadu itd.

Niesłusznym jest zarzut Kassowitza, dotyczący przyjmowania do szpitali przypadków łagodnych błonicy rozpoznawanej li tylko na podstawie badania bakteryologicznego, gdyż do szpitali przysyłają chorych lekarze, a ci właśnie nie badają bakteryologicznie lecz rozpoznają błonicę z objawów klinicznych. W ogóle, zdaniem Paltaufa, prątki błonicze, bez wywoływania zmian, znachodzić się mogą tylko u osób, pozostających w styczności z chorymi np. u posługaczy szpitalnych, lub osób z rodziny chorego. W przytoczonych przez Kassowitza spostrzeżeniach Variota, w których ten badacz wrzekomo stwierdzał prątki błonicze w zwykłych zapaleniach gardła, chodziło o tak zwany „baccile court“, niejadowity, czyli t. zw. prątek wrzekomo błoniczy.

Dalej twierdził Kassowitz, że z chwilą wprowadzenia surowicy, t. j. w IV kwartale 1894 r., przyjmowano więcej chorych do szpitali i przez to poprawiano odsetek wyleczenia; a twierdzenie swoje opiera na liczbie chorych, przyjętych w szpitalu gradeckim. Tymczasem wzmożenie liczby chorych w tym szpitalu, trzebaby raczej odnieść do innych czynników, przedewszystkiem zaś do tej okoliczności, że z końcem r. 1894 wybuchła w całej Styryi epidemia błonicy, naturalnem więc jest, że odbiła się ona na liczbie chorych szpitala, w którym niedawno otwarto oddział błoniczy. To samo odnosi się do Tryestu, gdzie również z końcem roku 1894 i początkiem 1895 znaczna ilość ludzi padła ofiarą ciężkiej epidemii.

Na dowód nieskuteczności surowicy przytoczył Kassowitz statystykę śmiertelności niektórych miast. Niestety nie przedstawił on statystyki tych miejscowości, z których właśnie najlepiej można udowodnić jej zbawienne skutki.

W Wiedniu:

zachorowało w r.	1892	— 4332;	zmarło	1546 = 35·8%
„	„	1893	— 4726;	„	1592 = 33·6%
„	„	1894	— 4743;	„	1645 = 34·6%
„	„	1895	— 3566;	„	690 = 19·3%
„	„	1896	— 3054;	„	603 = 19·7%
„	„	1897	— 3020;	„	561 = 18·57%

W Paryżu:

umarło w r.	1892	— 1403	tj. 5·8%	na 10.000	mieszkańc.
„ „	1893	— 1266	„ 5·1%	„ „	„
„ „	1894	— 1009	„ 4·2%	„ „	„
„ „	1895	— 435	„ 1·8%	„ „	„
„ „	1896	— 444	„ 1·8%	„ „	„
„ „	1897	— 300	„ 1·2%	„ „	„

Z tych liczb widzimy nagły spadek śmiertelności, począwszy od r. 1895. Kassowitz statystyki Wiednia, Paryża nie przytoczył, oparł zaś swoje wywody na statystyce londyńskiej; tymczasem wiadomo jest, jakto stwierdza „Lancet“, że surowica stósowana w Anglii była bardzo słabą, w 10 cm.^{3} posiadała zamiast tysiąc, zaledwie 175, a nawet 150 jednostek uodporniających. Wyników takiego leczenia nie można brać w rachubę. Za najmniejszą dawkę leczniczą uważa Paltauf 1000 jednostek i taką też surowicę puszcza w obieg z swojego zakładu; takie dawki wyrabiają także i inni. Trafia się jeszcze, że lekarze nie stosują surowicy umieję-

tnie, a wobec braku wyników dodatnich, wysnuwają dla niej niekorzystne wnioski. Niedawno ogłosił jeden z chirurgów niemieckich, że stosuje surowicę strzykawką Pravaza *in dosi refracta.*

W wywodach o nieskuteczności surowicy oparł Kassowitz swój sąd na braku dobrych wyników w Petersburgu. Paltauf wykazuje na podstawie liczb, że tak nie jest; statystyka miasta Petersburga, jak i zbiorowa całej Rosyi, wykazuje zmniejszenie się śmiertelności z 34% na 15%.

Nie podniósł też Kassowitz jednej okoliczności, przemawiającej wybitnie na korzyść surowicy, tj. dobrych wyników leczenia w przypadkach, które się wczas dostały do leczenia. Zgodność wszystkich statystyk pod tym względem jest uderzająca: w Rosyi śmiertelność w przypadkach, w których pierwszego dnia zastósowano surowicę, wynosi 3·8%, w Bośnii 3·17%, w Ameryce 5·01%; czy wolno wobec tego myśléć o przypadkowym zbiegu okoliczności? czy raczej nie należy tego uważać za stwierdzony wynik nowego sposobu leczenia.

Pominął też milczeniem Kassowitz, tak dzielnie za surowicą przemawiającą poprawę odsetkową przypadków operowanych i przeszedł do porządku dziennego nad tem, że obecnie ginie chorych, u których zaszła potrzeba wykonania intubacyi lub tracheotomii zaledwie 20%, podczas gdy dawniej ginęło 60% natomiast wyraża zdziwienie, że tak wiele dzieci umiera jeszcze z dławca zstępującego. Zapewne nie przytrafiałoby się to tak często, gdyby surowicę stósowano wcześniej; 20 godzin mniej więcej potrzeba do jej zadziałania, a ten czas wystarcza także, aby się rozwinął dławiec zstępujący.

Co do wpływu surowicy na przebieg gorączki i podniesionych sprzeczności w spostrzeganiu tego objawu przez różnych autorów, czyni uwagę Paltauf, że gorączka nie należy do istotnych pojawów błonicy, że znamy ciężkie, śmiertelne błonice, przebiegające bez gorączki, że więc spostrzeżenia były zupełnie zależne od rodzaju przypadków.

Zupełnie bezpodstawne są wywody Kassowitza, który sam odpowiednich badań nie przedsiębrał, tyczące się swoistości prątka Löfflera. Nie ulega wątpliwości, że prątek ten wywołuje błonicę, a przemawiają za tem stałe znachodzenie prątka w tej chorobie, zgodność objawów spostrzeganych u człowieka z wywołanymi doświadczalnie na zwierzęciu, zgodność w działaniu toksyn na narządy, wreszcie własności uodporniające krwi człowieka, po przebyciu błonicy, oraz zwierząt szczepionych.

W płonicy stwierdził tylko jeden Ranke w większej liczbie przypadków prątki błonicze, nie znaleźli ich inni badacze, Aaser i Söllner.

Za swoistością prątka przemawiają także dodatnie wyniki zastrzyknięć zapobiegawczych surowicy w austryackim domu podrzutków, gdzie, aż do czasu wprowadzenia tych zastrzykiwań, stale znaczna liczba dzieci na błonicę zapadała.

Nie przemawia przeciw swoistości prątka, również przytoczony przez Kassowitza zarzut, spotykanie prątków błoniczych w jamie ustnej osób, które błonicę przebyły; to samo trafia się i w innych chorobach.

Paltauf ujął swoje zapatrywania w 3 następujące punkta: I) Nie znachodzimy w statystyce żadnych danych, sprzeciwiających się stósowaniu surowicy; owszem statystyka ta wykazuje we wszystkich krajach spadek śmiertelności; II) nie podniesiono żadnych poważnych zarzutów przeciwko przez większość lekarzy spostrzeganemu dodatniemu wpływowi surowicy na przebieg błonicy; III) prątek Löfflera jest przyczyną błonicy, a zatem leczenie surowicą oparte jest na niewzruszonej podstawie.

Ostatni zabrał głos po raz wtóry Kassowitz powtarzając w znacznej części dowody, już przedtem wytoczone. Wracając jeszcze raz do statystyki, zwraca uwagę na nowozebrane (w książce Newsholma: „Epidemic diphteria") daty co do śmiertelności w ostatnich czasach z chorób zakaźnych z których wynika, że już kilkakrotnie śmiertelność z błonicy ulegała znacznym spadkom, chociaż nie było nowej terapii. Zaprzeczyć się nie da, że i obecnie od r. 1895 śmiertelność z błonicy spadła, nie można jednak dopatrzeć się związku między tym spadkiem a surowicą. Że śmiertelność zmniejszyć się może i bez surowicy, udowadnia Kassowitz na statystyce śmiertelności w dolnej Austryi, porównywując ją ze śmiertelnością miasta Wiednia. I tak w ostatnich 3-ch latach spadła śmiertelność z błonicy tak w dolnej Austryi, jak i w Wiedniu, podczas gdy w Wiedniu powszechnie stósowano surowicę, w kraju zaś zaledwie 1/4 przypadków była zastrzykiwana.

Podobnie zmniejszyła się w ostatnim roku śmiertelność z płonicy o 31·1%, chociaż leczenie się nie zmieniło.

W dalszym ciągu powtarza Kassowitz jeszcze raz swoje zarzuty przeciw swoistości prątka błoniczego, wspomina o szkodliwym wpływie surowicy, zwłaszcza w zastrzykiwaniach zapobiegawczych, wreszcie kończy zapewnieniem słuchaczy, że nie żąda wcale porzucenia surowicy, lecz z drugiej strony nie uważa tej sprawy za „*res judicata*", domaga się więc gruntownego przedmiotowego zbadania jej wartości.

Na tem zakończono rozprawy w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem. Zarzuty Kassowitza miały jednak i ten skutek, że odezwali się po za Wiedniem mieszkający doświadczeni klinicyści, ogłaszając w pismach lekarskich swoje zapatrywania na tę sprawę, które dla całości obrazu w tem miejscu powtórzymy.

Doc. Dr. Raczyński.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

Franz: **O powikłaniach po operacyi żylaków sposobem Trendelenburga wśród przebiegu aseptycznego.** *(Dtsche Ztschrft f. Chir.*, T. 47, Z. 4). Jakkolwiek podwiązanie żyły podskórnej odgoleniowej (v. saphena), polecone przez Trendelenburga w żylakach, jest samo w sobie zabiegiem małym, zdarzyć się mogą wyjątkowo groźne powikłania, które pouczyć winne, że i tej malutkiej operacyi nie powinno się podejmować inaczej, jak tylko na podstawie rzeczywistego wskazania. Pomijając już bowiem ten wzgląd, że ranka może uledz zakażeniu, a w podwiązanej żyle wytworzy się zakrzep zakaźny, który w dalszym ciągu stać się może źródłem ogólnej ropnicy, częściej opisywane bywają spostrzeżenia, do których jedno dodaje autor, a w których wśród przebiegu aseptycznego, w żyle wytworzył się rozległy (w spostrzeżeniu T. aż na podudzie sięgający) zakrzep. W przypadku autora nadto, część skrzepu oderwała się, spowodowała zator w gałązce tętnicy płucnej, z następowym zawałem krwawym (infarkt) i wysiękiem opłucnowym. Chory powikłanie to przebył szczęśliwie. *Herman.*

Dr. Freymuth i Dr. Petruschky: **Przypadek zgorzeli sromu, raka wodnego (noma) części rodnych, przy obecności prątków błoniczych Leczenie surowicą. Wyzdrowienie.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 15, r. 1898). Nazwa rak wodny (noma) jest jedną z tych dawnych nazw, które oznaczają tylko makroskopową postać cierpienia, nie objaśniając zupełnie co do jego etyologii. Przyczyny, wywołujące raka wodnego, są do dziś dnia bardzo mało znane; tem większą wartość przeto posiada przypadek Freymutha, opracowany bakteryologicznie przez Petruschkyego, w którym wyhodowano niewątpliwe prątki błonicze, a leczenie surowicą Behringa dało wynik pomyślny.

Przypadek dotyczy dziewczynki trzyletniej, chorej na odrę, u której w szpitalu rozwinęła się zgorzel części rodnych zewnętrznych. Ponieważ równocześnie istniał u tej chorej silny ból gardła i niemożność przełykania pokarmów, powzięto podejrzenie, że obok odry możliwem jest w tym

przypadku powikłanie z błonicą i wstrzyknięto 1000 jednostek uodporniających surowicy Behringa. We dwa dni później wstrzyknięto powtórnie 1500 jednostek uodporniających poczem, już na drugi dzień, zauważono, że naokoło miejsca dotkniętego zgorzelą wytworzył się rąbek graniczny (demarkacyjny), a obrzęk sromu, pierwej bardzo znaczny, począł ustępować. W następnych pięciu dniach, wśród powolnego obniżania się gorączki, części uległe zgorzeli oddzieliły się, a powstałe owrzodzenie zupełnie się oczyściło. Wśród tego wstrzyknięto jeszcze 3500 jednostek uodporniających w dawkach 1000—1500 jednostek, stósowanych co parę dni. Po miesiącu owrzodzenie sromu zgoiło się zupełnie przy stósowaniu maści lapisowej.

Badanie bakteryologiczne strzępków, wziętych przed stósowaniem leczenia surowiczego z miejsc sromu, dotkniętych zgorzelą, wykazało, obok licznych innego rodzaju prątków, mątwików (vibrio) i krętek (spirilla), prątki błonicze Loefflera, których tożsamość stwierdzono barwieniem Neissera, przeszczepianiem na pożywki i zwierzęta (świnki morskie).

Zdaniem F. i P. prątek błoniczy wywołał w tym przypadku zgorzel sromu, a ponieważ leczenie surowicą Behringa oddało tutaj bardzo dobre usługi, przeto i w innych przypadkach raka wodnego części rodnych, które mogą być także spowodowane przez prątek błoniczy, należałoby zdaniem autorów takiego leczenia próbować. Za okolicznością, że prątek błoniczy może wywoływać zgorzel części rodnych, przemawiają również dane kliniczne, zebrane przez innych autorów. I tak, między 24 przypadkami Woronichina, w 3 ch rak wodny wystąpił równocześnie z błonicą gardła. Może być, że w raku wodnym sromu i inne prątki bywają przyczyną cierpienia i obraz chorobowy makroskopowy jest zawsze mniej więcej jednaki, ale przyczyna może być mimo tego różną, podobnie jak przy zapaleniu otrzewnej, które przedstawia ten sam przebieg, bez względu na to, jaki drobnoustrój wywołał cierpienie.

O ile powyższe doświadczenia mogą się odnosić do raka wodnego policzków, to dopiero przyszłe spostrzeżenia mogą rozstrzygnąć. *Piotrowski.*

A. Langie: **Przypadek ciężkiego urazu oka lewego.** (*Recueil d'ophtalmologie*, 1898, Nr. 6). Mężczyzna 46-letni otrzymał postrzał z rewolweru w twarz, przyczem kula utkwiła na dolnym brzegu lewego oczodołu, nie naruszywszy kości, lecz wywołując zalanie krwią całego ciałka szklanego, pęknięcie naczyniówki w dolnozewnętrznym odcinku i urazowe zapalenie tęczówki; $V = \frac{1}{\infty}$. Przez kilka miesięcy trwające leczenie wstrzykiwaniami podskórnemi pilokarpiny i jodem, podawanym na wewnątrz, pozostało bez najmniejszego skutku. Wtedy autor, na podstawie odbytego konsylium z prof. Gałęzowskim, postanowił zmienić całkowicie leczenie i, odrzucając dotychczasowe środki, przeprowadzić je ściśle według nowej metody, polecanej w podobnych przypadkach przez Gałęzowskiego. Leczenie to, polegające na stósowaniu naprzemian środków zwężających i rozszerzających źrenicę, okładów lodowych i gorących *alternando*, pijawek i wcierań maści szarej, obok okładów rtęciowo-kokainowych na oko, okazało się nader skutecznem. Nie tylko, że krwi w ciałku szklanem zaczęło widocznie z tygodnia na tydzień ubywać, ale nadto, w stosunkowo bardzo krótkim przeciągu czasu nastąpiło zupełne *restitutio ad integrum* i chory odzyskał wzrok prawidłowy. W miejscu pęknięcia naczyniówki pozostała mała cienka blizna, zwężająca cokolwiek pole widzenia.

Ten znakomity wynik zachęcił autora do ogłoszenia powyższego przypadku, z którego stara się wyciągnąć wskazówkę, że zalecane tak powszechnie w podobnych razach wstrzykiwania pilokarpiny i zażywanie jodu, mogą okazać się zupełnie bezskutecznemi, a przynajmniej nigdy tak szybko do celu nie prowadzą. Przeciwnie, sposób Gałęzowskiego znakomite oddaje usługi i z tego względu powinien w praktyce szersze znaleźć zastósowanie. (Streszczenie własne).

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

ODEZWA.

Komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje niniejszem do publicznej wiadomości, że Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który wskutek zakazu udziału w Zjeździe zagranicznych gości, odbyć się w Poznaniu nie może, odbędzie się w roku jubileuszowym Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1900, w Krakowie. Komitet gospodarczy wyraża zarazem serdeczne podziękowanie wszystkim tym miastom i zakładom, które, dowiedziawszy się o zakazie, Zjazd do siebie zaprosiły.

Na tem Komitet działalność swoją kończy, składając akta Zjazdu w ręce społeczeństwa i reprezentantów przyszłego Zjazdu w Krakowie.

Dr. Heliodor Święcicki, prezes Zjazdu.

Dr. Artur Jaruntowski, generalny sekretarz.

Telegram z zaproszeniem Zjazdu poznańskiego do Krakowa brzmi jak następuje:

Dr. Święcicki — Poznań.

Kraków najserdeczniej zaprasza na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w roku jubileuszowym Uniwersytetu Jagiellońskiego 1900.

Kostanecki, dziekan wydziału lekarskiego.

Jakubowski, prezes Tow. lekarskiego.

Witkowski, w. prezes Tow. przyrod. im. Kopernika.

Kwaśnicki, redaktor „Przeglądu lekarskiego“.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

L. 273. Czyniąc zadość wezwaniu Wys. c. k. Namiestnictwa z d. 9 lutego b. r. l. 4880, przedkłada Izba lekarska wschodnio-galicyjska swoje uwagi, co do techników dentystycznych, po wysłuchaniu ankiety, do której zaproszeni zostali wszyscy lekarze dentyści, zamieszkali we Lwowie i którato ankieta odbyła swoje obrady w obecności referenta sanitarnego, c. k. radcy Dra Józefa Merunowicza i fizyka miejskiego Dra A. Pawlikowskiego.

Skargi lekarzy na techników dentystycznych, przekraczających swój zakres działania, są nader liczne: dziwić się temu zupełnie nie można, lecz przeciwnie, spodziewaćby się należało, że te skargi powinnyby być jeszcze o wiele częstsze, jeśli się uwzględni i zastanowi nad rozporządzeniem Ministerstwa handlu, wydanem w porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych, z d. 20 lutego 1892 r., normującem uprawnienie techników dentystycznych.

W §. 2 wspomnianego rozporządzenia, określającym zakres działania techników dentystycznych, powiedziano, iż wolno im tylko w zupełnie zdrowej jamie ustnej wstawiać pojedyńcze zęby, lub sporządzać odciski dla wstawienia całych szczęk. Określenie to jest zupełnie niewłaściwe, gdyż wręcz niemożebną jest rzeczą, aby technik znalazł się w tem położeniu, by miał do czynienia z zupełnie zdrową jamą ustną; zawsze zachodzi potrzeba wykonania rozmaitych rękoczynów, jak wyjęcia pojedyńczych korzeni, przepiłowania zębów i t. p. Technik zatem, wykonywując swój zawód, przekracza zawsze zakres działania, a że następstwa tego są dla pacyenta często bardzo smutne, temu dziwić się nie można, jeżeli się zważy, że technik dentystyczny jest tylko technikiem, a o nauce lekarskiej nie ma najmniejszego wyobrażenia. Zakażenia rany przy wspomnianych przygotowawczych rękoczynach przez nieodrażone narzędzia są dość częste, a znane są również wypadki zaszczepienia kiły (syphilis).

Ponieważ zatem stanowisko techników dentystycznych

i ich uprawnienie przez wspomniane rozporządzenie Min. handlu jest zupełnie niewłaściwe, dlatego Izba lekarska widzi się spowodowaną oświadczyć, iż najstósowniejby było znieść wyżej przytoczone rozporządzenie i na przyszłość nie udzielać więcej koncesyi dla samoistnych techników dentystycznych, a tem samem wrócić do stanu z przed r. 1892, kiedy technicy dentystyczni mogli być zatrudniani tylko jako zawodowi pomocnicy u lekarzy. Zarazem zaś starać się należy przez utworzenie odnośnych katedr na wydziałach lekarskich, aby lekarze, którzy zamierzają trudnić się dentystyką, mieli możność i obowiązek wykształcić się zawodowo w tej specyalności.

Nad technikami zaś, którzy obecnie już mają koncesyę i którym tej koncesyi odebrać nie można, rozciągnąć należy jak najściślejszy nadzór; organom wykonawczym należy nadać prawo wchodzenia do lokalu, gdzie technicy wykonywują swój zawód, bez pisemnego upoważnienia władzy sądowej lub politycznej, jedynie na ustne polecenie władzy przemysłowej, jak również konfiskowanie wszelkich narzędzi dentystycznych, którebу przy rewizyi u techników napotkano; dotychczasowy bowiem nadzór jest zupełnie niewystarczający i czysto iluzoryczny.

Pożądanem też jest, by świadectwa, wystawiane dla techników dentystycznych, potwierdzane były przez władze polityczne. Do wys. c. k. Namiestnictwa we Lwowie. Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Prezydent *Dr. Festenburg.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 4 Sierpnia.

* Stanowisko, jakie rząd pruski zajął wobec cudzoziemskich członków VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, nietylko urąga się zwyczajom, przyjętym przez rządy oświeconych narodów, wobec międzynarodowych instytucyj naukowych, do których zjazdy naukowe należą, ale obraża i prawny stosunek ludów, zamieszkałych w ościennych państwach, związanych z sobą na każdem polu. Pokrzywdzeni w swoich prawach, lekarze i przyrodnicy polscy z pod zaboru austryackiego, wystosowali do wiedeńskiego ministeryum spraw wewnętrznych, do prezesa koła polskiego w Wiedniu i do ministra dla Galicyi — protest przeciw bezprawnemu z nimi postąpieniu władzy pruskiej, który w dosłownem brzmieniu przytaczamy:

„Pismo królewsko-pruskiego prezesa policyi poznańskiej obwieściło w początku lipca b. r. Komitetowi Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, że udział obcokrajowców w tym Kongresie nie będzie dozwolonym. Dodano przytem, aby do surowości dorzucić przymieszkę brutalną, iż każdy obcokrajowiec, przybywający do Poznania, w drodze przymusu policyjnego wydalonym zostanie z granic kraju.

Ostrze tego zakazu głównie się zwraca przeciw nam, poddanym państwa austryackiego, którzy znaczny w Zjeździe zamierzaliśmy wziąść udział. Bezwzględność jego godzi w ludzi nauki, którzy owoce swej pracy chcieli przedstawić szerszym kołom fachowym i w naukę, która była jedynym celem i jedynem hasłem zebrania.

Zjazdy takie uczonych polskich odbywały się spokojnie od lat przeszło trzydziestu; w roku 1884 zezwolił rząd pruski na Kongres w Poznaniu, który w niczem władzom się nie naraził, bo narazić się nie mógł. Teraz wydano pismo bezwzględne, jakby o zebranie spiskowców, lub robotę anarchii chodziło. Pojawiło się ono bez wszelkich motywów.

Ale my znamy motywa. Wypłynęły one z tej kuźni, w której pewien odłam społeczeństwa niemieckiego gotuje ciągle pociski na Polaków, w której wyrabiają się jady, podsycające bezustannie nienawiści rasowe. Robota ta wysila się na to, aby uczucia polskie na wszelki sposób obrażać i rozgoryczać, każdą myśl od Polaków wychodzącą paczyć i tłumić, każdą pracę polską niweczyć. Owocem tego-to ducha jest zakaz niniejszy.

My nie możemy oczywiście łudzić sie nadzieją, aby upomnienia nasze o prawa nam służące znalazły posłuch u rządu, który swych własnych polskich poddanych, wskutek poduszczeń apostołów nienawiści, na osobnych osadził prawach. Ale mamy prawo i obowiązek upomnieć się o krzywdę u rządu naszego, austryackiego. To nie jest żadnem mięszaniem się w atrybucye wewnętrzne obcego państwa, lecz prostem żądaniem praw równych dla wszystkich poddanych państwa austryackiego i równomierności w stosunkach poddanych obu państw sprzymierzonych.

Jeżeli to przymierze pozwala na to, aby obywatele pruscy podżegali otwarcie w Austryi do wymierzania ciosów na „twarde czaszki słowiańskie«, jeżeli osłania zupełnie wolną wymianę myśli, a tem więcej myśli naukowej między Niemcami Austryi i cesarstwa niemieckiego, to mamy prawo stanowcze żądać, aby państwo austryackie nie cierpiało tu wyjątków, aby się upomniało o krzywdę pewnej części swych poddanych, którzy ani nie są „kategoryą mniejszej wartości“, ani „klasą podrzędną obywateli“, — aby ich osłaniało przed brutalnemi groźbami, których w piśmie poznańskiej policyi użyć się podobało.

W tem przeświadczeniu i z tem uczuciem zwracamy się do Koła polskiego w Wiedniu, a pośrednio do Wysokiego Rządu, z prośbą o opiekę nad tem, czemu każdy rząd poparcie dawać winien, opiekę nad prawami poddanych, nad prawem myśli i interesami narodowej i międzynarodowej nauki“.

Protest ten podpisali przedstawiciele naszych instytucyj naukowych i najwybitniejsze w nauce jednostki.

Nie powinno być takiego zakątka na kuli ziemskiej, w któremby nie był znany fakt, że Prusy militarne zrzekają się przodującego stanowiska, które w sprawach cywilizacyi bezsprzecznie zajmowali. Snać wśród brzęku oręża milkną nie tylko muzy, lecz cichnie i głos sumienia publicznego, a do steru stają dowolność i bezprawie.

Z należycie wyjaśniającym rzecz wstępem, protest ten, odbity w 4 językach, zostanie rozesłanym akademiom, uniwersytetom, towarzystwom lekarskim i przyrodniczym całego świata; niemniej otrzymają go tak wybitniejsze dzienniki polityczne, jak i cała prasa lekarska i przyrodnicza.

Zakaz pruski, jako pierwszy od czasu powstania instytucyi zjazdów, ma znaczenie zasadnicze i, jako rys wieku, niech będzie zapisany w kronikach świata.

* Personal czynny lekarski warszawskiego Towarzystwa Ratunkowego składa się z lekarza kierującego, 8 lekarzy dyżurnych starszych, 4 dyżurnych młodszych, oraz 11 lekarzy zastępców. Wozów ratunkowych posiada Towarzystwo 3, zapasowy 1 i jedną karetę do przewożenia chorych na zamówienie. W ciągu roku sprawozdawczego było wypadków 3200, liczba wyjazdów 2460, na stacyi udzielono pomocy 570 osobom.

* W ubiegłym roku szkolnym otrzymało stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. 71 kandydatów. Poraz pierwszy w tym roku otrzymały stopień magistrów farmacyi dwie kobiety: Pani Klemensiewiczowa i Pani Janina Kosmowska. Po raz pierwszy też w ubiegłym roku złożyła pierwszy ścisły egzamin lekarski jedna kobieta, Pani Zofia Moraczewska, posiadająca szwajcarski dyplom doktora medycyny.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Leon Gliński, Mateusz Kikinger, Zygmunt Stanowski i Salomon Ramer.

* „Wiener klin. Rundschau“ w Nr. 31 podaje obszerny życiorys ś. p. Alfreda Obalińskiego, napisany ze ścisłością biograficzną i życzliwą ręką.

* Konkurs. Dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze chorób skórnych i wenerycznych, z płacą roczną 600 złr. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego, do dnia 1 października 1898 roku.

Nekrologia. Dr. Jan Nerlewski, l. 30, zmarł w Windawie. Prof. Dr. Leopold v. Dittel, głośny chirurg, zakończył życie w Wiedniu, w 83 roku życia.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 13. Sierpnia 1898. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O związku dermatologii z medycyną.

Wykład wstępny, wypowiedziany przy otwarciu kliniki skórno-kiłowej w Uniwersytecie lwowskim w dniu 25 maja 1898 r.

przez

Prof. Dra Włodzimierza Łukasiewicza.

Obejmując z woli Jego Cesarskiej Mości tę katedrę, poczuwam się w tej uroczystej chwili do obowiązku złożenia mego podziękowania świetnemu gronu profesorów Wydziału lekarskiego, za przedstawienie mej kandydatury na katedrę dermatologii, w tak dla mnie zaszczytny sposób.

Rozpoczynając czynność nauczycielską w ojczystym kraju, świadomy jestem trudności, które mnie oczekują. Okoliczność ta budzi we mnie nader poważne uczucia. W miejscu mojej dotychczasowej działalności profesorskiej doznawałem poparcia ze strony znakomitych, te same cele wiedzy mających na oku kolegów, a życzliwej przychylności ze strony uczącej się młodzieży i mieszkańców kraju. Nadzieja pozyskania tych cennych czynników dla podjętej pracy w kraju ojczystym napawa mnie w tej chwili otuchą. Jednakowoż, aby wypełnić zadanie, które obecnie podejmuję, nieodzowną jest do tego klinika, odpowiadająca teraźniejszemu stanowisku naszej nauki, które dziś postanowiłem wyłuszczyć. Niestety, zakład tutejszy nie odpowiada najskromniejszym wymaganiom w tym kierunku. Zupełnie nie wytrzymuje on porównania z wzorową kliniką, którą opuściłem w Innsbruku. Miasto to nieszczędziło kosztów w dobrze zrozumianym interesie, aby katedrę dermatologii wyposażono równorzędnie z innemi klinikami.

Świetne warunki zewnętrzne w opuszczonej przezemnie klinice wzbudzały we mnie to silne poczucie, iż właśnie w tej monarchii zakwitła szkoła dermatologiczna, z której lekarze świata całego czerpią wykształcenie zawodowe. Twórcą jej był Ferdynand Hebra. Pomijając przebrzmiały impuls Plencka w Wiedniu, z końca zeszłego wieku, który w r. 1779 wydał dzieło p. t. „Doctrina de morbis cutaneis“, to właściwie dopiero Hebra z końcem pierwszej połowy stulecia zwrócił uwagę w Austryi na nasz przedmiot. Przedtem istniało nawet w klinice męża tej miary co Skoda jedyne rozpoznanie dla chorób skórnych, to jest świerzb. Choroby te lekceważono i poruczano je jako coś podrzędnego, młodszym lekarzom w klinikach wiedeńskich. Działalności Hebry należy głównie zawdzięczać, iż w krótkim stosunkowo czasie utworzono mnogie kliniki dermatologiczne, częstokroć wzorowe. Hebra oparł się na badaniach ściśle naukowych, walcząc ze znakomitem powodzeniem przeciw całemu ogromowi przesądów (humoralnej patologii), obciążających, jako prawdziwy balast, wiedzę lekarską. Było to tylko możliwem przy wszechstronnem, a nader gruntownem wykształceniu lekarskiem tego męża. Hebra porównywał sprawy chorobowe, które dokładnie śledził w narządzie skórnym, z najnowszemi zdobyczami nauki lekarskiej i na ich podstawie wyjaśniał je i klasyfikował. To wszechstronne traktowanie nauki naszej sprawiło, iż szkoła dermatologiczna austryacka zapanowała w świecie. Niema dzisiaj niemal wybitniejszego dermatologa na kuli ziemskiej, któryby nie czerpał z tego skarbca. Zetknąłem się nawet z wielu najwybitniejszymi przedstawicielami innych gałęzi wiedzy lekarskiej, którzy podnosili z dumą, iż uzupełniali w szkole Hebry swoje wykształcenie zawodowe.

Świerzb, jako choroba w naszem dzisiejszem pojęciu, był początkiem studyów Hebry. Wykazując z właściwą sobie bystrością pasorzyta, jako etyologiczny czynnik tej choroby, uważanej przedtem za wypływ diatezy krwi, położył Hebra tem samem podwalinę dla nowej dermatopatologii. Po świerzbie przyszła kolej na wyprysk (eczema). W pojmowaniu tej choroby Hebra sprawił również przewrót zupełny, wyjaśniając wielopostaciowość objawów i różnorodność przyczyn chorobowych.

Jak znakomitą była ta praca na owe czasy, dowodzi ta okoliczność, iż jeden z najpoważniejszych dzisiejszych dermatologów, Neisser w Wrocławiu, świeżo na niemieckim kongresie dermatologicznym r. 1890, stanął znów po tylu latach, przy rozprawach nad wypryskiem, na pierwotnem stanowisku Hebry. Podobnie, jak w przytoczonych przykładach, odkrył ten wielki reformator, przez staranne spostrzeganie przebiegu i studyowanie podstaw patologicznych, rozliczne nowe pojęcia chorobowe. Nie tutaj miejsce i czas, abym je mógł omówić szczegółowo, lecz podnoszę tę okoliczność na dowód ścisłego związku naszej nauki z medycyną w ogóle. Wspomnieć jeszcze muszę o klasycznym atlasie chorób skórnych, który zawdzięczamy tym epokowym studyom Hebry, a który to atlas stał się nieodzownym dla nauki. Nie zdołały go prześcignąć ani klasyczne odlewy Baretty w paryskim szpitalu św. Ludwika, ani też równie dobre wyroby Dr. Henniga, wprowadzone za staraniem Kaposiego w wiedeńskiej klinice. Równocześnie z atlasem opracował Hebra, wraz ze swoim późniejszym następcą, a moim szanownym nauczycielem Kaposim, znakomite dzieło o chorobach skórnych, który zawiera prawdziwy skarb wiedzy i spostrzeżeń. To dzieło, dziś jeszcze dla każdego dermatologa nieodzowne, przetłómaczono niemal na wszystkie języki europejskie. System chorób skórnych, zawartych w tem dziele, jest dotąd nicią przewodnią w naszej nauce. Wszelkie zaś późniejsze usiłowania, aby stworzyć coś niezawisłego i oryginalnego w tym kierunku, jak n. p. utalentowanego ucznia Hebry, Auspitza, pozostały płonnemi. Wiele faktów

z dziedziny dermatologii, podawanych dzisiaj, jako nowe zdobycze na tem polu, znajdzie uważny czytelnik w tem dziele, wydanem przed ćwierć wiekiem. Nie mogę też przemilczeć, iż gdyby ogół dermatologów trzymał się zawsze tej, przez mistrza wytyczonej drogi krytycznej, to z pewnością uniknęlibyśmy często zamieszania, powodowanego żądzą stwarzania nowych typów chorobowych.

Niestety, właśnie brak klinicznego wykształcenia i powierzchowność w rozpoznawaniu, sprawiły, iż opisywano „nowe“ dermatozy w przypadkach, które wytrawny badacz odnieść musi jako należące do dobrze znanych schorzeń. Rozwój dalszy dermatologii, jej naukowe zdobycze, będziemy poznawać wśród naszej codziennej wspólnej pracy. Dziś wspomniałem tylko o powstaniu szkoły dermatologicznej w Austryi, ażeby podnieść, iż ona zawdzięcza osiągnięte wyniki głównie tej okoliczności, iż twórca jej oparł się na anatomii patologicznej, patologii ogólnej, histologii i fizyologii, zużytkowując najnowsze ich zdobycze do prac nad chorobami skórnemi. Już z tego wynika związek dermatologii z teoretycznemi gałęziami nauki lekarskiej i potrzeba głębszego z niemi zapoznania się, dla nauki chorób skórnych. Wszak aby zrozumieć patologię chorób skórnych nieodzowną do tego jest rzeczą dokładna znajomość anatomii i fizyologii samego organu. Ponieważ dalej, sprawy chorobowe w skórze przebiegają podobnie jak w innych narządach, więc nasza nauka wymaga także zapanowania nad ogólną patologią i anatomią patologiczną. Badanie drobnowidowe wyciętej skóry rozstrzyga częstokroć najdokładniej o rozpoznaniu, rokowaniu, i leczeniu. Nowe odkrycia w wymienionych gałęziach niemiernie przyczyniły się do rozwoju dermatologii.

Wspomnieć tu jeszcze należy o rozlicznych na tem polu badaniach naszego rodaka Biesiadeckiego. Nasza nauka spłaca dług zaciągnięty również sumiennie, gdyż wiele nowszych zdobyczy na polu anatomii prawidłowej, patologicznej i fizyologii skóry, zawdzięcza swoje powstanie właśnie studyom dermatologicznym. Ona to wyjaśnia częstokroć przyczynę chorób, której anatomia patologiczna sama wytłómaczyć nie zdoła, że przytoczę tylko właśnie najstarsze: świerzb, odkrycie i zbadanie roślinnych pasorzytów skórnych. Odkrycia te obaliły *psorę* i *dyskrazyę*, stawiając humoralną patologię w prawdziwem świetle. One też przygotowały niejako podstawy dla świetnych badań na polu etyologii chorób zakaźnych.

Znamy dzisiaj wiele spraw chorobowych w skórze jako następstwo dostania się drobnoustrojów do organizmu. Pomijając pleśnie, wymienię tylko prątki gruźlicy, trądu, twardzieli, nosacizny, zarazka promienicy, *bouton d'Alepp*, rzeżączki itd., abyśmy uprzytomnili sobie, o ile bakteryologia jest niezbędną dla naszych celów, jako też, ile nasza nauka poczyniła odkryć w tej dziedzinie.

Na poznaniu przyczyn chorobowych opiera się nauka higieny, zapobiegającej powstawaniu chorób. Ponieważ zaś dermatologia, podobnie jak każda praktyczna gałęź nauki lekarskiej, upatruje swój ostateczny cel w zapobieganiu chorobom, więc z tych względów wynika jej ścisła łączność z higieną. Na poparcie tego niechaj posłużą usiłowania naszych przedstawicieli zawodowych, składane tak w poszczególnych pracach, jak i na kongresach, a mające na celu zapobieganie szerzeniu się kiły, rzeżączki, trądu i rozlicznych chorób zakaźnych skóry z takich ognisk, jak nieodpowiednio urządzone szpitale, golarnie, restauracye, kawiarnie i t. p. Że usiłowania te nie odniosły dotąd skutku odpowiedniego swej doniosłości, a tem samem nie zmniejszyły nędzy ludzkiej w tym stopniu, jak by to było możliwem przy uwzględnieniu ich przez odpowiednie władze, wina za to nie leży po stronie naszej nauki, lecz zawiniły państwa lub kraje, które liczą się mało, lub wcale nie liczą z temi praktycznemi zdobyczami wiedzy.

(Dokończenie nastąpi).

II. O szerzeniu się zimnicy i możliwości skutecznego zapobiegania jej endemiom

podał

Dr. Ksawery Lewkowicz,

asystent kliniki pedyatrycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Od najdawniejszych czasów wiedziano, że rozmieszczenie geograficzne zimnicy pozostaje w pewnym związku z okolicami bagnistemi. Powstawanie choroby przypisywano pierwotnie działaniu wyziewów bagiennych, wdechiwanych przez człowieka i działających w ten sposób szkodliwie na jego ustrój. Dopiero gdy Laveran odkrył pasorzyty zimnicze, stało się jasnem, że nie idzie tu o szkodliwości nieuorganizowane i zaczęto wtedy gorączkowo przeszukiwać wodę w okolicach bagnistych, a następnie także powietrze, rośliny i zwierzęta, czy nie zawierają tworów podobnych. Wszystkie te poszukiwania były bezowocne. Mimoto utarło się i dotychczas się utrzymuje, mianowicie między lekarzami praktycznymi, zapatrywanie, że woda okolic bagnistych jest nośnikiem czynnika działającego przy zimnicy, a wprowadzona do przewodu pokarmowego wywołuje zakażenie. Nie trudno o spostrzeżenia, które to zapatrywanie, pozornie przynajmniej, popierają; ba, nawet podawano, że po wprowadzeniu przypadkowem wody bagiennej do pochwy, lub kiszki stolcowej, występowała nagle zimnica. Można jednak mieć uzasadnione podejrzenie, że w wielu podobnych przypadkach nie chodziło o zimnicę, tylko o inne choroby zakaźne, gdyż badań krwi najczęściej nie robiono. Odnosiłoby się to n. p. do opisanej przez Boudina epidemii, wybuchłej na pewnym okręcie francuskim na pełnem morzu, skutkiem używania wody zaczerpniętej w Marsylii (dur brzuszny?). Tam zaś, gdzie spostrzeżenia tyczą się rzeczywiście zimnicy, pomięszano niewątpliwie *post hoc* z *propter hoc*, jak za tem przemawia z jednej strony okoliczność, że wstrzymywanie się od picia wody surowej nie uchroni w okolicach zimniczych od nabycia choroby i, że istnieją ogniska zimnicze, mające dobrą, źródlaną wodę do picia, — z drugiej cały szereg doświadczeń, mianowicie autorów włoskich, którzy przez podawanie wody z bagien, nigdy nie zdołali sprowadzić zakażenia.

Ostatecznie musiano się znowu zwrócić do powietrza i przypuszczać, że czynnik chorobowy, który do niego przechodzi z bagien, wnika następnie do ustroju drogami oddechowemi. Zapatrywanie to, najlepiej się godzące ze wszystkiemi zjawiskami, ma dziś najwięcej zwolenników.

Pod tym względem istniała więc do niedawna zgodność między autorami, że pasorzyty zimnicze żyją w wo-

dach stojących, i ztąd, za pośrednictwem samej wody, czy też powietrza, mogą się dostawać do ustroju ludzkiego. To też znajomość nasza pasorzytów zimniczych ma być według autorów niezupełna i jednostronna, bo nie znamy pod jaką postacią znachodzą się one w przyrodzie.

Przeciwnie, napotkamy na zdania sprzeczne, gdy nam będzie chodzić o odpowiedź na pytanie, czy ruch może się także odbywać w kierunku odwrotnym, czy pasorzyty zimnicze z ustroju ludzkiego mogą przechodzić do zewnętrznego świata? Próby hodowania pasorzytów zimniczych nawet w warunkach najbardziej zbliżonych do tych, jakie się znajdują we krwi krążącej, zupełnie spełzły na niczem. Jeżeli w takich idealnych warunkach pasorzyty te giną, to jakże można przypuścić, aby mogły wytrzymać walkę o byt w przyrodzie. Sprawę starano się uratować przypuszczeniem, że pasorzyty zimnicze nie żyją w świecie zewnętrznym, jako saprofity, lecz pasorzytują na innem jakiemś zwierzęciu, lub roślinie, a Ross[1]) znajdował nawet w komórkach żołądkowych u mustyków brunatnych, nakarmionych zimniczą krwią ludzką, twory z melaniną i sądził, że odkrył tę postać pasorzytów zimniczych, w jakiej one żyją poza ludzkim ustrojem. Wobec wrażliwości pasorzytów zimniczych na różne niekorzystne wpływy zewnętrzne, mianowicie zaś na zimno, trudno jednak przypuścić, żeby tu mogło chodzić o rzeczywiste pasorzytowanie, połączone ze zdolnością do rozwoju i rozmnażania się. Z drugiej strony nie podobna przypuścić, żeby drobnoustroje te mogły żyć dłuższy czas życiem utajonem, gdyż nie posiadają potrzebnych do tego postaci trwałych.

Toteż nie brak i takich badaczy, którzy przyjmują, że wędrówka pasorzytów zimniczych między światem zewnętrznym, a krwią człowieka, odbywa się tylko w jednym kierunku, że pasorzyty, dostawszy się raz do ustroju ludzkiego, tak się odzwyczajają od ciężkiej walki o byt, jaką musiały toczyć w przyrodzie, że do niej nie są już później zdolne. Ale i to nie da się przyjąć. Badanie pasorzytów zimniczych wykazuje, że są one nadzwyczaj dokładnie przystósowane do warunków, jakie znajdują w ustroju ludzkim, nie podobna więc przypuścić, żeby się do krwi dostawały przypadkowo, nieprzygotowane; przeciwnie, na wytworzenie takiego przystósowania musiały pracować całe wieki następujących po sobie pokoleń.

Wspomnieć wreszcie muszę o spostrzeżeniach, nie zbyt licznych, co prawda, ale pochodzących także i z nowszych czasów, świadczących o bezpośredniej zakaźności zimnicy, co już zupełnie nie dałoby się pogodzić z omawianą teoryą pasorzytniczo-miazmatyczną. Osoby, które nigdy w okolicach zimniczych nie przebywały, zapadały na zimnicę, mieszkając z osobami choremi, przybyłemi z okolic zimniczych.

Jak widzimy, przyjmując, że pasorzyty zimnicze żyją poza ustrojem ludzkim w przyrodzie, wpadamy z jednego nieprawdopodobieństwa w drugie. Wobec tego musimy sobie zadać pytanie, czy zapatrywanie to jest jedynem, możliwem do przyjęcia; czy niema z tej zawiłej kwestyi innego jeszcze wyjścia.

Istnieje tylko jeden sposób powstawania zimnicy, stwierdzony naukowo i nie podlegający najmniejszej wątpliwości, mianowicie, przeniesienie choroby przez przeszczepienie krwi człowieka chorego na zdrowego, najlepiej wprost do żyły. Sądzę, że fakt ten niezbity powinien stanowić punkt wyjścia dla naszych rozmyślań. Jeżeli go zestawimy z dwoma innymi, mianowicie, że pasorzyty zimnicze poza ustrojem ludzkim szybko obumierają i że dotychczas nigdzie w świecie zewnętrznym ich nie wykryto, co, bądź co bądź, czyni prawdopodobnem, jeżeli nie pewnem, że rzeczywiście poza krwią ludzką nigdzie żyć nie mogą, to mimo woli musimy się zapytać, czy coś podobnego, co my uskuteczniamy sztucznie zapomocą strzykawki, nie może się odbywać w przyrodzie. Możebność taka niewątpliwie istnieje, gdyż rolę pośredników mogłyby odgrywać owady ssące krew. Kto zna znaczenie owadów w przenoszeniu pyłku roślinnego, kto wie, że bez nich istnienie wielu rodzajów roślin byłoby niemożebnem, temu myśl podobna nie wyda się zbyt śmiałą. Owadom przypisuje się zresztą w ostatnim czasie rolę w przenoszeniu wielu chorób zakaźnych człowieka i zwierząt, a najbliżej zimnicy stojąca choroba zwierząt, gorączka teksańska u bydła rogatego, polegająca podobnie jak zimnica na obecności we krwi osobnego pasorzyta zwierzęcego, żyjącego w ciałkach czerwonych (pyrosoma bigeminum), przenoszoną bywa, jak to Smith[2]) udowodnił przez kleszcze (ixodes). Zwierzęta sprowadzone z okolic wolnych od zarazy, zapadają tylko wtedy na chorobę, gdy dostaną się na nie młode kleszcze wylęgłe z jaj kleszczy dojrzałych, które żywiły się krwią bydła chorego.

Co do zimnicy, to ze względu na związek jej z okolicami bagnistemi, możnaby jedynie myśleć o komarach (culex) i pokrewnych im mustykach (simulium). Sposób żywienia się tych owadów krwią ludzką nadawałby się bardzo dobrze do tłómaczenia przenoszenia się zimnicy. Samiczki, gdyż te tylko są krwiożercze, do robienia otworu w skórze używają nietylko mechanicznych środków w postaci odpowiednio zbudowanych części pyszczkowych, ale także, zapewne w celu rozmiękczenia twardego przyskórka i skóry, wpuszczają do rany sok ślinowy, wydzielany do jamy połykowej przez osobne gruczoły. Świadczy o tem obwódka zapalna powstająca na około miejsca ukłócia. Jeżeli przedtem komar ssał krew człowieka chorego, to łatwo, wraz ze śliną wpędzi do rany, a nawet wprost do światła naczynia trochę krwi chorej i uskuteczni w ten sposób przeszczepienie.

Mógłby ktoś zarzucić, że komar tak mało potrafi w ogóle krwi wessać, iż niewielkie jest prawdopodobieństwo aby w tej nieporównanie jeszcze mniejszej ilości, która może być wszczepiona, znajdowały się pasorzyty. Otóż tak nie jest. Krew zimnicza zawiera pasorzytów młodych często 1 na 200 ciałek czerwonych (jedno pole widzenia), t. j. w 1 mm^3 krwi będzie 20,000 pasorzytów czyli, że ilością wystarczającą do przeszczepienia, gdyż zawierającą jednego pasorzyta byłaby $1/20000 = 0.000,05\ mm^3$. Półksiężyców, które także być może służą do przenoszenia zimnicy, zawiera krew zawsze znacznie mniej, ale już ich jest bardzo mało, gdy jeden przypada na 500 pól widzenia, czyli 100,000 ciałek czerwonych. Jeden półksiężyc znajdzie się zatem w $1/40 = 0,025\ mm^3$. Jeżeli przyjmiemy, co chyba nie będzie przesadzonem, że komar nassany potrafi objąć $1/2\ mm^3$ krwi, to

[1]) *Brit. Med. Journal* (1897, 18. XII. Ref. *Wien. klin. Wochschr.* 1898, Nr. 4).

[2]) Die Aetiologie der Texasseuche der Rinder. Centrbl. f. Bakt. t. XIII. 511.

w pierwszym wypadku 1/10,000, w drugim 1/20 tej krwi będzie wystarczającą do uskutecznienia przeszczepienia.

Mogłoby chodzić jeszcze o to, czy pasorzyty zimnicze w przewodzie pokarmowym komara nie giną. Odpowiednich doświadczeń z komarami nie robiono; istnieją jednak spostrzeżenia, tyczące się zwierząt większych, żywiących się krwią, które nam mogą posłużyć do rozwiązania tego pytania. I tak wiadomą jest rzeczą, że niektóre z tych zwierząt (ankylostoma duodenale) trawią tylko osocze krwi, a ciałka pozostają niezmienione; możnaby się więc spodziewać, że w tych warunkach i pasorzyty umieszczone w ciałkach, lub na ciałkach, unikną zagłady. Sacharow [3]) wreszcie robił doświadczenia z pijawkami, którym pozwalał się nassać krwi chorego na zimnicę złośliwą i które następnie trzymał na lodzie. Okazało się, że pasorzyty starsze giną skutkiem oziębienia, młodsze jednak zachowują długo żywotność; to też krew z pijawki wyciśnięta i zastrzyknięta nawet po paru dniach człowiekowi zdrowemu, wywoływała zimnicę.

Przypuszczenie, że komary mogą zimnicę przenosić z człowieka na człowieka, wypowiedziano już dawniej, a odpowiednią wzmiankę znaleźć można we Flüggem [4]). Szerzenie się zimnicy tą drogą zajmuje mnie już $1^1/_2$ roku, a jeżeli dotąd nie wystąpiłem z tą sprawą publicznie, to dlatego, że w tłómaczeniu pewnych szczegółów napotykamy, bądź co bądź, na znaczne trudności. Z jednej strony wydaje się nieprawdopodobnem, żeby pasorzyty zimnicze mogły prowadzić w komarach dłuższy żywot, żeby mogły w nich przezimować; z drugiej istnieją, przynajmniej w okolicach z klimatem umiarkowanym, postacie zimnicy, jak np. trzeciaczka zwykła, które na czas zimy zupełnie prawie znikają a na wiosnę znów pojawiają się gromadnie. Odosobnione przypadki, które zdołały zimę przetrwać skutkiem nieleczenia, lub złego leczenia, są tak nieliczne, że stanowczo nie wystarczają, aby służyć za punkt wyjścia dla tych endemij. Otóż badania moje z ostatnich miesięcy w Klinice pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego podjęte, pozwalają się spodziewać, że i ta trudność w tłómaczeniu zostanie rozwiązaną i że będę mógł wkrótce wyczerpująco odpowiedzieć, w jaki sposób za pośrednictwem komarów szerzą się poszczególne postacie zimnicy i dlaczego istnieją tak znaczne różnice między endemiami u nas, a w krajach podzwrotnikowych. Rozwiązanie tych trudności utwierdziło mię zarazem w przekonaniu o racyonalności całej teoryi, gdyż zresztą wszystko inne tłómaczy się łatwo.

Zaczniemy od rozmieszczenia choroby. Otóż tam gdzie niema komarów, niema też i zimnicy. Można zdanie to zastósować do środka miast większych i gęściej zaludnionych, co miałem sposobność stwierdzić dowodnie dla Krakowa. To samo można powiedzieć o miejscowościach, nie mających wód stojących, mianowicie o miejscowościach górzystych, do jakich zaliczamy n. p. Zakopane. Odnosi się to także do okolic podzwrotnikowych. Jak Koch (p. n.) podaje, istnieje we wschodnio-afrykańskich posiadłościach niemieckich mała wysepka, nie posiadająca mustyków, ztąd też wolna od zimnicy. Podobnie górzysta kraina Uzambara, począwszy od pewnej wysokości niema mustyków, ani zimnicy.

[3]) Ueber den Einfluss der Kälte auf die Lebensfähigkeit der Malariaparasiten. Centrbl. f. Bacter. t. XV. 158.

[4]) Grundriss der Hygiene, Leipzig 1897, 503 i Mikroorganismen, Leipzig 1896, tom I. s. 381, artykuł Krusego.

Nie należy jednak zapominać, że do szerzenia zimnicy potrzeba dwóch warunków. Sama praca komarów, lub mustyków, nie wystarcza; owady te muszą prócz tego znaleźć materyał zakaźny, któryby mogły przenosić. Teoretycznie mogłyby więc istnieć miejsca bogate w komary, a nie zimnicze. I tak Nowa Zelandya ma być bagnistą (obfituje w mustyki?), a wolną jest od zimnicy. Miejsca takie mogłyby się jednak stać zimniczemi przez zawleczenie choroby z zewnątrz.

Okolice z klimatem gorącym więcej są nawiedzone przez zimnicę, aniżeli strefy umiarkowane, bo w tamtych mustyki pracują prawie przez cały rok. Przeciwnie poza pewnym stopniem szerokości geograficznej 63° na północ, 57° na południe, niema zimnicy. Trzeba dalej zaznaczyć, że w okolicach gorących i umiarkowanych niema chyba miejsca, któreby było zupełnie wolne od komarów i mustyków. Małe ich ilości nie wystarczają jednak do endemicznego szerzenia choroby, ale mogą tłómaczyć odosobnione przypadki przeniesienia się choroby z przypadków zawleczonych z okolic zimniczych na ludzi zdrowych.

Znamienną jest także rzeczą, że komary zimują jako krwiożercze samiczki po rozmaitych kryjówkach, piwnicach, itp. W dnie pogodniejsze i cieplejsze opuszczają one i w zimie te schroniska, co tłómaczyłoby pojawienie się odosobnionych przypadków zimnicy w pełni zimy. W bieżącym roku, w którym, co prawda, zima była bardzo lekka, sam widziałem, w otoczeniu chorego na przedmieściach Krakowa, w styczniu i lutym, komary, a chory ten, cierpiący na wadę serca, duszność i bezsenność, skarżył się, że mu komary nocą dokuczają.

Tłómaczyłoby się dalej łatwo, dlaczego pobyt na wolnem powietrzu w okolicach bagnistych jest najniebezpieczniejszy po zachodzie słońca, jestto bowiem czas, kiedy komary rozwijają największą działalność. Fakt ten tłómaczyłby także, dlaczego napady zimnicze pojawiają się we dnie, najczęściej około południa. Otóż, jakby wynikało ze wspomnianych badań Sacharowa, najmniej wrażliwymi na oziębienie są pasorzyty najmłodsze, podczas gdy starsze pod wpływem zimna, szybko ulegają zwyrodnieniu. Choćby we krwi chorego, z którego krew bierze się do przeszczepienia, były pasorzyty na najrozmaitszym stopniu rozwoju, to jeżeli starsze pod wpływem obniżenia ciepłoty wyginą, zostaną zaszczepione tylko najmłodsze. Jeżeli przeszczepienie odbyło się wieczorem, to pasorzyty te powstały ze sporulacyi kilka godzin przedtem, odpowiada im napad południowy, będą zatem i po przeszczepieniu rozmnażać się zawsze koło południa i wtedy też pojawią się, po przejściu okresu wylęgania, napady. Ostatecznie znów we krwi chorego znajdować się będą wieczorami pasorzyty najmłodsze, co już jest prostym wynikiem rozmnażania się pasorzytów zimniczych w ścisłych kilkudobowych odstępach, a co jest połączone dla pasorzytów zimniczych z tą korzyścią, że wtedy, kiedy sposobność do przeniesienia choroby jest największą, we krwi chorego znachodzą się też pasorzyty najlepiej się do przeszczepienia nadające.

Sprawa szerzenia się zimnicy za pośrednictwem komarów ma doniosłe znaczenie praktyczne, ze względu na możliwość zapobiegania jej endemiom i na to chciałbym tutaj położyć szczególniejszy nacisk. Jeżeli do powstania endemii, jak to już zaznaczyłem, potrzeba jest dwóch czynników,

mianowicie: 1) czynności komarów i 2) materyału zakaźnego, a więc chorych na zimnicę, to musimy sobie zadać pytanie, czy przez wpływanie na te czynniki nie byłoby możebnem zapobiedz szerzeniu się zimnicy?

Względem komarów jesteśmy prawie zupełnie bezsilni. Ale i w tym kierunku możnaby działać przez osuszenie bagien, a może i zakładanie lasów eukaliptusowych, które, jak się dawniej wyrażano, przyczyniają się swym silnym aromatycznym zapachem do oczyszczenia powietrza okolic bagnistych, a działają prawdopodobnie przez odpędzanie komarów.

Inaczej się rzecz ma z drugim czynnikiem, gdyż tu mamy do rozporządzenia środek tak potężny i jedyny w swoim rodzaju, jak chinina. Szerzenie się zimnicy może się odbywać w naszych okolicach jedynie dlatego, że z roku na rok zimuje wiele przypadków niewyleczonych. Gdybyśmy temu zapobiegli, gdybyśmy podczas zimy wszystkie przypadki zimnicy wyleczyli, to wiosną endemia zimnicy nie mogłaby się już pojawić. Ponieważ wyśledzenie przypadków przewlekłych wymagałoby dużo pracy i dużo bardzo dobrze w badaniu krwi wyćwiczonych sił lekarskich, więc sądzę, że cel nie dałby się w sposób prosty inaczej osiągnąć, jak przez poddanie całej ludności bez wyjątku leczeniu chininowemu, trwającemu przez jakie dwa tygodnie. (U dorosłych codziennie rano jeden proszek chininy po 1 grm., u dzieci odpowiednio do wieku ilość chininy, lub euchininy). W okolicach podzwrotnikowych, gdzie niema zimy i gdzie przeszczepianie zimnicy odbywa się w ciągu całego roku, przeprowadzićby się musiało to leczenie ściśle równocześnie u całej ludności. Okolicę należałoby ochronić od zawleczenia choroby z zewnątrz, przez poddanie przybyszów takiemu samemu leczeniu.

Sądzę, że takie zapobiegawcze postępowanie dałoby się nie tak trudno przeprowadzić, a nie byłoby ono zbyt kosztowne, nie pociągałoby dla ludności żadnych niebezpieczeństw i nawet, gdyby podstawy jego miały się okazać niepewne, mogłoby tylko dla ludności wyjść na korzyść. Wyleczone zostałyby przypadki przewlekłe i wiele świeżych, bo przecież już dawno polecano, w celu osobistego ochronienia się od zimnicy, zapobiegawcze zażywanie chininy. Nic tu zatem nie można stracić, a nieskończenie wiele zyskać. Próbę możnaby na razie przeprowadzić na jakiemś odosobnionem gnieździe zimniczem, a gdyby wypadła dodatnio, przystąpić do szerszego zastósowania. Sprawa zasługuje niezawodnie na rozpatrzenie i próby, gdyż chodzi tu o uwolnienie ludności okolic zimniczych od plagi, która wprawdzie u nas, w przeciwieństwie do krajów podzwrotnikowych, tylko wyjątkowo prowadzi wprost do śmierci, ale zato sprowadza niejednokrotnie straszne, nie dające się już potem niczem wyrównać spustoszenia w ustroju, określane nazwą charłactwa zimniczego.

W ostatnim czasie zajmuje się zimnicą, mianowicie złośliwemi jej postaciami Robert Koch, który w celu zbadania tej *par excellence* podzwrotnikowej choroby, odbył nawet wycieczkę naukową do posiadłości niemieckich we wschodniej Afryce, a po powrocie wypowiedział d. 9. czerwca odczyt na posiedzeniu berlińskiego oddziału niemieckiego Towarzystwa kolonialnego[5]). Odczyt ten jest bezpośrednią przyczyną mego wystąpienia, gdyż chciałbym zaznaczyć, że sprawą przenoszenia zimnicy przez komary zajmuję się równocześnie z Kochem, i że między naszemi zapatrywaniami zachodzą zasadnicze różnice.

Biorąc za podstawę analogię z gorączką teksańską stoi i Koch na tem stanowisku, że zimnicę przenoszą owady ssące krew, a przedewszystkiem mustyki. Koch miał jednak uzupełnić badania Smitha przez udowodnienie, że gorączkę teksańską można wywołać także przez przeszczepienie na zwierzęta zdrowe jaj kleszczy, które się żywiły krwią zwierząt chorych. To samo przenosi on na zimnicę i twierdzi, że przeszczepienie zimnicy przez mustyki nie odbywa się na drodze bezpośredniej, t. j. przez ukłócie naprzód człowieka chorego a potem zdrowego, że przeciwnie, mustyki zawlekają pierwotnie tylko swoje jaja, a dopiero w jajach tych przeszczepionych na człowieka rozwijają się pasorzyty zimnicze (Die Uebertragung geschieht wahrscheinlich so, dass die Mosquitos zunächst ihre Eier verschleppen. In diesen auf Menschen verpflanzten Eiern entwickeln sich sodann die Malariaerreger").

Otóż podobne pojmowanie sprawy jest w najwyższym stopniu nieprawdopodobnem. Z jednej strony trudno jest, jak to już zaznaczałem, uwierzyć, żeby pasorzyty zimnicze były zdolne do dłuższego życia w ustroju komarów, lub mustyków, z drugiej nie ulegałoby wątpliwości, że jajka tych owadów, choćby zawierały pasorzyty, nigdy nie dostają się do krwi człowieka, co byłoby koniecznem do wywołania zakażenia.

Koch zatem wierzy w możebność dłuższego życia pasorzytów zimniczych poza ustrojem ludzkim, a nie uznaje bezpośredniego przeszczepienia; ztąd też nie dochodzi on do wniosku, że równoczesne wyleczenie całej ludności z zimnicy może szerzeniu się endemij zapobiedz.

Kraków w czerwcu 1898.

III. Oceny i sprawozdania.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, Tom 94, Zeszyt II, Warszawa, 1898.

Wspominając na tem miejscu o świeżo wydanym II Zeszycie „Pamiętnika", czynimy to nie z powodu zawartych w nim licznych i cennych prac oryginalnych. Tytuły prac tych pomieścił „Przegląd" w zwykłej wzmiance bibliograficznej, a zajmująca ich treść, poruszając zagadnienia ze wszystkich działów nauk lekarskich, powinna przysporzyć „Pamiętnikowi" czytelników i prenumeratorów, których — ze wstydem wyznać potrzeba — tak mało liczy on pod zaborem austryackim. Poruszać w pobieżnem streszczeniu zagadnienia, zawarte w oryginalnych artykułach „Pamiętnika", byłoby krzywdą i dla ich autorów i dla czytelników, którym bajecznie niska cena wydawnictwa ułatwia do ostatecznych granic zapoznanie się z pracami temi w oryginale.

Jednakże należy się kilka słów osobno „Przeglądowi piśmiennictwa lekarskiego polskiego za r. 1897", mieszczącemu się w tym zeszycie „Pamiętnika". Sam „Przegląd piśmiennictwa" nie jest wprawdzie nowością. Od szeregu już lat grono ludzi dobrej woli poświęca swój czas i trud bez interesownie żmudnej pracy, aby zgromadzić wszystkie ce giełki, jakie polskie pióro dorzuca do ogólnego skarbca nauki i uprzystępnić każdemu z nas zapoznanie się z całością naszego ruchu piśmienniczego, tak, jak krakowska komisya sprawozdawcza do „Roczników Virchowa" stara się z nią zapoznać zagranicę. W miarę, jak polska lekarska literatura rośnie i potężnieje, niepodobna się obejść bez tych

[5]) Aerztliche Erfahrungen aus den Tropen. Referat Herzfelda w *Deutsch. med. Woch* 1898, Nr. 24.

niesłychanie sumiennych a nader użytecznych zestawień, jakimi co roku obdarza nas „Pamiętnik“, chyba, że się względem swojskiej myśli i pracy najzupełniejszą i godną potępienia zachowuje obojętność.

W roku zeszłym pojawiła się wyborna bibliografia piśmiennictwa lekarskiego polskiego za pięćdziesięciolecie 1893 do 1890, zebrana mrówczą pracą kolegów warszawskich, a wydana również staraniem „Pamiętnika Tow. lek warsz.“. Aby nawiązać ścisły stosunek dorocznego „Przeglądu piśmiennictwa“ z tą niezbędną dla każdego lekarza polskiego książką, której autorowie rzetelnie się sprawie naszego piśmiennictwa zasłużyli, zaprowadziła Redakcya „Pamiętnika“ w roku bieżącym szereg zmian w układzie i zewnętrznej formie sprawozdań ze swojskiej literatury, tak, że stanowi on obecnie bezpośredni ciąg dalszy wspomnianej bibliografii i jest w użyciu bardzo dogodny. Tegoroczny „Przegląd piśmiennictwa“ stanowi osobne dzieło bardzo poważnych rozmiarów (352 i XLVI stronic), w którem dzięki wybornie obmyślanym skorowidzom łatwo i bez straty czasu szukaną rzecz odnaleść można. Same streszczenia wyszły z pod piór poważnych i doświadczonych sił zawodowych, a nie pominięto w nich prawie niczego, co tylko gdziekolwiek drukiem się ukazało, nawet drobnostek, chyba, że były to prace dla sprawozdawców mimo najusilniejszych zabiegów niedostępne. Doprawdy trudno zrozumieć, dziwną obojętność tych, którym nie chodzi nietylko już o dobro ogółu, niesłusznie przez to pokrzywdzonego, ale wprost o ich własny interes. Oprócz jednego ze szpitali prowincyonalnych galicyjskich i jednego z naszych miejsc kąpielowych, które sprawozdań swoich nawet na osobne listowne zaproszenie „Pamiętnikowi“ nie nadesłały, znalazłoby się u nas niestety może więcej takich zaniedbań, tylko że o takich tajemniczych wydawnictwach nieraz wieści nawet niema. Miejmy przynajmniej nadzieję, że z postępem czasu pracownicy „Przeglądu piśmiennictwa“ za życzliwość gorącą dla tego, co swojskie, coraz mniej spotykać będą tej „swojskiej“ zapłaty obojętnością i milczeniem, a z rosnącą liczbą czytelników „Pamiętnika“ zniknie wreszcie smutne świadectwo niepoprawności stanowiąca notatka: „Nie nadesłane, pomimo listownej prośby Redakcyi“ (ob. str. 305 i 294 „Przeglądu piśmiennictwa“. *Ciechanowski.*

Penzoldt i Stintzing: **Handbuch der Therapie innerer Krankheiten.** Zeszyt 11 i 12. Jena, nakład G. Fischera.

Dwa dalsze zeszyty drugiego wydania wybornego dzieła, które się właśnie ukazały, obejmują koniec tomu VII i znaczną część tomu IV. W tomie siódmym, poświęconym wogóle chorobom wenerycznym i skórnym, uzupełniła się całość przez rozprawy: Eichhoffa: „O leczeniu zapaleń skóry (z wyjątkiem wyprysku i świerzbiączki)“. Prof. Kaposi: „O leczeniu wyprysku i świerzbiączki“, Doc. Koppa: Przerosty, zaniki, nowotwory, wrzody i nerwice skóry“, Prof. Picka: „Choroby pasorzytnicze skóry“. W dodatku pisze Prof. Bürkner: „O chorobach skórnych narządu słuchu“, a Prof. Eversbusch: „O leczeniu chorób oczu, zdarzających się w chorobach skórnych“. Oba te artykuły, skreślone przez pierwszorzędne fachowe powagi (podobnie zresztą, jak prawie wszystkie działy podręcznika) stanowią wielkie udogodnienie dla lekarzy-praktyków, nie mogących śledzić zbyt dokładnie postępów leczniczych w zakresie chorób zmysłów.

Tom czwarty poświęcony jest chorobom narządu trawienia. Jako współpracowników w tym tomie spotykamy nazwiska tej miary, jak Prof. Heubner („Leczenie chorób trawienia u dzieci“), profesorowie Penzoldt, Heineke, Graser i Leichtenstern („Leczenie chorób żołądka i jelit“) i t. d. Heineke opracował nadto osobno leczenie chirurgiczne chorób przełyku; inne sposoby leczenia chorób przełyku przypadły w dziale Merklowi. Seifert i Rosenbach zajęli się chorobami jamy ust i jej otoczenia, Graser cierpieniami zębów. *X.*

Dr. Treitel (Berlin): **Ueber das Wesen u. den Wert der Hörübungen bei Taubstummen u. hochgradig Schwerhörigen.** *(Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie u. Pharyngo-Rhinologie T. II. Z. 11).*

Praca ta, obok krótkiego rysu literacko-historycznego, podaje przegląd postępu, uzyskanego na polu ćwiczeń słuchowych i mowy, krytycznie objaśnia otrzymane przez nie wyniki i przedstawia różne sposoby tych ćwiczeń, oraz sporne o nich poglądy. Na podstawie własnych i cudzych doświadczeń stara się autor odpowiedzieć na praktycznie ważne pytania: „czy jest możliwem przywrócić słuch stracony, a wydoskonalić słuch przytępiony? czy ćwiczenia słuchowe mają wartość praktyczną dla wymowy głuchoniemych i dla ich obcowania z zdrowymi?“ Autor czuje się upoważnionym do wniosku, że właściwe wzmożenie słuchu przez ćwiczenia nie można dotychczas uważać za udowodnione.

Niewątpliwie dobre wyniki, otrzymane przez Urbantschitscha i in. odnosi autor do czucia dotykowego, wywołanego przez prąd wydechowy mówiącego, — do wyćwiczonej i wyzyskiwanej pamięci ćwiczonych i do tego, że dzieci głuchonieme uczą się łączyć wrażenia słuchowe z pojęciami, gdy dawniej tej zdolności nie miały. Podane przez Urbantschitscha i in. przypadki poprawy słuchu przez ćwiczenia w głuchocie psychicznej i u dorosłych z głuchotą nabytą, polegają, zdaniem rozbierającego te przypadki autora, na bezczułości słuchowej, zależnej od macinnicy lub innego zaburzenia nerwowoczynnościowego, które czasem przyłącza się do zmiany organicznej i tylko w podobnych przypadkach można próbować ćwiczeń słuchowych z nadzieją na jaki taki skutek dodatni.

Już przy innej sposobności wytknęliśmy rażące braki w dziełach niemieckich, polegające na pomijaniu tu należących prac polskich. A i teraz podnieść musimy, że i ta monografia, o której mówimy, popełnia te same grzechy, a zyskałaby znacznie na wartości i dokładności, gdyby jej autor chciał i mógł korzystać ze znanych prac Ołtuszewskiego i uwzględnił dodatnią jego działalność naukową i praktyczną na tem polu. *Spira.*

IV. Wyciągi.

J. Sternberg: **Przyczynek do nauki o gruźlicy worka przepuklinowego** *(Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 9, 1898). Że worek przepuklinowy może być siedzibą zmian gruźliczych, rzecz dawno znana; nie zgadzają się tylko autorowie, co do sposobu powstawania tych zmian. Jedni utrzymują, że zmiany gruźlicze worka przepuklinowego mogą być pierwotne, drudzy, że są następstwem gruźlicy otrzewnej. Opisanych jest 30 przypadków tego cierpienia, z których tylko w dwóch zrobiono we właściwym czasie rozpoznanie. Bardzo często jednocześnie ze zmianami w worku przepuklinowym znajdowano zmiany gruźlicze i w innych narządach. Ze szczegółów wypada podnieść, że worek przepuklinowy często nie zawierał żadnej treści, pomimo swobodnego połączenia z jamą brzuszną. W przypadku, przytoczonym przez autora, rozchodziło się o pacyentkę, lat 28 z rozpoznaniem: *hernia inguinalis sinistra libera, dextra incipiens.* Podczas operacyi stwierdzono po jednej i drugiej stronie zmiany gruźlicze worka przepuklinowego. Worek lewy wypełniał jelita cienkie, których otrzewna była usiana gruzełkami; w prawym worku przepuklinowym nie było żadnej zawartości. Gruzełki najobficiej znajdowały się u podstawy worka. Zmian w jamie brzusznej, jakoteż innych narządach wykazać nie było można. Z wywiadów dowiedziano się, że przed 10 laty chora przebyła zapalenie opłucnej, trwające pół roku. Badanie drobnowidowe kawałka wyciętej otrzewnej wykazało typowe gruzełki gruźlicze. Rana po operacyi zagoiła się. W parę miesięcy potem wystąpiły objawy gruźliczego zapalenia otrzewnej, które wkrótce ustąpiły. W 17 miesięcy po operacyi

chora miała się zupełnie dobrze. Autor przypuszcza, że 10 lat temu chora przebyła zapalenie opłucnej na tle gruźliczem, a gruźlicę worków uważa za sprawę przerzutową, przyjmując, że worki przepuklinowe istniały już w chwili tej choroby. Chora zauważyła przepuklinę lewą sześć lat temu, prawą daleko później. *Dr. Zalewski.*

Prof. J. Wolff: **O połowiczem wyłuszczeniu wola w chorobie Basedowa.** *(Mitteil. a d. Grenzgeb.*, Tom III, Str. 38 i n.). Od czasu kiedy teorya, pomawiająca wól o bezpośrednią przyczynę choroby, coraz-to większym kredytem cieszyć się poczęła, zwłaszcza kiedy zgodzono się na to, że ów zbiór objawów, cechujących chorobę Basedowa, powstaje skutkiem dostawania się pewnych istot toksycznych, wytwarzanych przez powiększony gruczoł tarczykowy do krwi, chirurgiczne leczenie tego cierpienia zyskiwało dla siebie coraz szersze koło zwolenników. I oto! pomyślny wynik, w znacznej (nie we wszystkich) liczbie przypadków osiągnięty po połowiczem wyłuszczeniu wola, potwierdza nie tylko wspomnianą teoryę, ale zachęca do dalszych prób.

Po zestawieniu i krytycznem przejrzeniu odnośnej literatury wygłasza W. przekonanie, że połowicze wycięcie wola w ciężkich przypadkach choroby Basedowa, nie poprawiających się wśród leczenia wewnętrznego, jest jedynym, z wielkiem prawdopodobieństwem statecznie do celu prowadzącym środkiem, prawda — że środkiem obosiecznym, gdyż wszyscy autorowie po tej operacyi mieli znaczną (stosunkowo) śmiertelność.

Sam autor leczył 9 pacyentów z chorobą B. na drodze operacyjnej (2 mężczyzn, reszta kobiety) i osiągnął następujące wyniki: 6 chorych pozbyło się swego cierpienia, u 1 po początkowej poprawie nastąpił ciężki nawrót cierpienia, 2-ch zmarło. *Herman.*

Dr. Fuchs: **Przyczynek do leczenia całkowitego wypadnięcia macicy, przez wycięcie macicy przez pochwę.** *(Monatschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, Tom VII, Zeszyt 5, r. 1898). Zrozumiała jest niechęć ginekologów do wycinania macicy przy jej wypadaniu. Zabieg ten wydać się może zbyt radykalnym, gdyż jakkolwiek zazwyczaj usuwa cierpienie na pewno, ale pozbawia kobietę równocześnie ważnego i względnie zdrowego narządu. Inaczej jednak przedstawia się ta sprawa, jeżeli zważymy, że wszystkie operacye, wykonywane zwykle przy wypadaniu macicy, jakoto: plastyka pochwy i międzykrocza, przyszycie macicy do pochwy lub powłok brzusznych i t. d., często zawodzą, a nadto zmuszają chorą do ciągłego uważania na swoje zdrowie i wstrzymywania się od ciężkiej pracy, którym to wymaganiom kobiety z klas biedniejszych nie są w możności zadość uczynić, a przecież większa część chorych z wypadaniem macicy pochodzi z klas najbiedniejszych. Operacye, wymagające otwarcia jamy brzusznej, mają nadto tę złą stronę, że powstała blizna może przy nieodpowiedniem zachowaniu się dać powód do przepukliny, która jest cierpieniem równie dolegliwem dla osoby pracującej, jak wypadanie macicy. Z powyższych powodów wykonał autor u 13 chorych z wypadnięciem macicy całkowite jej wycięcie przez pochwę, do którego dołączył równocześnie zwężenie przedniej ściany pochwy (kolporhaphia anterior) i plastykę międzykrocza. Wynik operacyi był bardzo dobry, chore zostały zupełnie uwolnione od dolegliwości i mogły powrócić do swoich zwykłych zajęć. Po wycięciu macicy, zwężona pochwa tworzyła zaułek tak głęboki, że nawet spółkowanie, którego przy istniejącem wypadnięciu macicy mąż unikał, stało się po zabiegu możliwem. Co do techniki operacyjnej autor kładzie szczególny nacisk na 3 czynniki: 1) Przyszycie otrzewnej pęcherza moczowego po otworzeniu fałdu (plica) do pochwy, sposobem Fritscha; 2) staranne zmniejszenie obnażonej ściany pęcherza, o ile ta nie jest pokryta otrzewną, przez założenie głębokich szwów katgutowych na ścianę pęcherza; 3) wycięcie całej przedniej ściany pochwy, ponieważ ściany boczne wystarczają po zeszyciu do wytworzenia prawidłowej pochwy.

Operując w ten sposób, unika się z wielkiem prawdopodobieństwem, zdaniem autora, nawrotu cierpienia w postaci wypadnięcia przedniej ściany pochwy i przepukliny pęcherzowej (cystocele). *Piotrowski.*

Robert Porges: **Przyczynek do nauki obrażeń, powstałych wskutek siły mięśniowej.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, Nr. 8, 1898). Autor opisuje dwa rzadsze przypadki obrażeń: jeden dotyczy oderwania się główki długiej mięśnia dwugłowego; drugi — oderwania przyczepu ścięgna Achillesa.

I. Silny mężczyzna uczuł nagle silny ból w lewym stawie barkowym w chwili, kiedy przesuwał ciężką skrzynię. Chory po tym wypadku nie mógł ręką ruszać, zaś ruchy bierne były bardzo bolesne. W chwili badania (w 3 dni po wypadku) znaleziono staw barkowy lewy znacznie obrzękły i bolesny; bolesność ta występowała najwybitniej w miejscu przyczepu główki długiej mięśnia dwugłowego. Podczas skurczu mięsień dwugłowy przedstawiał się wogóle mniej napiętym, niż po stronie przeciwnej; prócz tego podczas skurczu zdawał się być jakby przesuniętym ku wewnątrz. Przesunięcie to objaśnia się tem, że wskutek zerwania się długiej główki tego mięśnia, część zewnętrzna jego jest mniej napięta, niż strona wewnętrzna. Prócz tego na skurczonym mięśniu widzieć można było, że odległość brzuszka mięśnia od przegubu łokciowego po stronie prawej jest 2 razy większa, niż po stronie chorej. Po stronie prawej odległość ta wynosi 7 ctm. Początkowo końca zerwanej główki, z powodu obrzęku, wybadać nie można było; w dwa tygodnie jednak po ustąpieniu obrzęku można było go wyczuć w jamie Morenheima, jako kolbkowato zgrubiały sznur.

Zerwania główki długiej mięśnia dwugłowego nie są częste, nie są jednak i rzadkością nadzwyczajną. Przypadki, spostrzegane przez rozmaitych autorów dotyczą prawie wyłącznie ludzi silnie zbudowanych, z rozwiniętymi dobrze mięśniami. Przyczyna zerwania się ścięgna leży w niestosunku między siłą mięśnia, a siłą ścięgna. Autor badaniami własnemi wykazał, że przy przeroście mięśni, np. wskutek gimnastyki, ścięgno stosunkowo bardzo nieznacznie przerasta.

Co do leczenia zerwania główki długiej mięśnia dwugłowego, to Bazy radzi leczenie operacyjne, mianowicie, Bazy przyszywa koniec główki długiej do krótkiej. Autor radzi tylko bark odpowiedni ustalić, by kończyna pozostawała w spokoju. W danym przypadku autor założył „mitelę“ i po 14 dniach chory zaczął wykonywać powoli ruchy, a po 6 tygodniach wyszedł zupełnie zdrów. Wynik leczenia był bardzo dobry: wszystkie ruchy były możliwe w prawidłowym zakresie.

II. Chory opowiada, że przy schodzeniu ze schodów spadł z pięciu stopni schodów, przyczem, zsunąwszy się, stanął na piętę nogi prawej. Bezpośrednio po wypadku nie mógł stanąć na prawą nogę z powodu bólu. Po czterech miesiącach leczenia zapomocą opatrunków ustalających, chory nie mógł chodzić na prawej nodze z powodu bólu. Badanie kości piętowej wykazało, że tylny wyrostek jej jest po stronie prawej jakby wyższy. Między ścięgnem Achillesa a kością wyczuć można było guz okrągły, wielkości orzecha włoskiego, miękki, elastyczny. Fotografia, wykonana promieniami Röntgena wykazała złamanie wyrostka tylnego kości piętowej w płaszczyźnie poziomej. Odłamany kawałek przyrósł, tylko cokolwiek zboczył od swego pierwotnego położenia, a to w ten sposób, że miejsce przyczepu ścięgna Achillesa skierowało się ku górze. Guz wyżej opisany, znajdujący się między ścięgnem a kością, autor uważa za powiększoną torebkę śluzową. Co do leczenia podobnych przypadków, to autor radzi operacyjne, t. j. przyszycie odłamanego kawałka na swoje miejsce. O losach dalszych swego pacyenta autor nie wspomina. *Dr. Zalewski.*

Puławski A.: **Guz śródpiersia przedniego. Przyczynek do znaczenia rozpoznawczego promieni Roentgenowskich.** *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 25). Na podstawie dotychczasowych sposobów badania rozpoznał autor u pewnej chorej guz śródpiersia przedniego, prawdopodobnie pochodzenia no-

wotworowego; dla upewnienia się jednak w rozpoznaniu i czy przypadkowo nie mógłby to być tętniak tętnicy głównej zstępującej, użył jeszcze roentgenografii, która rozpoznanie w zupełności potwierdziła.

Okazało się jednak przytem, że rozmiary guza na radyogramie były większe, niż wybadane zapomocą wypuku (co zresztą łatwo można wytłómaczyć).

Nawiązując do tego przypadku uwagi własne, co do radyografii, wyprowadza autor wnioski bardzo słuszne, które powinny znaleść jak najobszerniejszy oddźwięk. A mianowicie, każdy zakład leczniczy winien mieć własny przyrząd radyograficzny z należnem urządzeniem, oraz oczywiście wyćwiczonego w tym kierunku lekarza, jak naprzykład szpital św. Ducha ma znakomitego znawcę tej rzeczy w koledze Mik. Brunerze.

Należy jak najwięcej zbierać spostrzeżeń zapomocą radyografii, bo przez to układa się zapas porównawczy, metoda sama się pogłębi i pozwoli z siebie wysnuć dokładniejsze wnioski.

(Rzecz niezmiernie ważna, niestety w zakładach krakowskich i lwowskich dotąd nie wprowadzona. Oprócz oczywiście nakładu rządowego na te przyrządy w zakładach klinicznych, czyby się nie dało uzyskać zasiłków z instytucyj dobroczynnych, np. z nadwyżek dochodów kas oszczędności, przeznaczanych na cele humanitarne? *Przypisek sprawozdawcy).* *Dr. St. Eljasz-Radzikowski.*

Dr. Bong: **Przypadek pęknięcia macicy, wywołanego sporyszem.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 21, r. 1898). Najczęstszą przyczyną pęknięcia macicy podczas porodu bywa niestosunek porodowy, przy braku odpowiedniej pomocy. W przypadku opisanym przez Bonga niestosunku porodowego nie było, a przyczyną pęknięcia stała się najprawdopodobniej niesumienna położna, która przebiła pęcherz płodowy przy ujściu małorozwartem, następnie zaś, chcąc wzmocnić skurcze macicy, podała rodzącej około 4 grm. sporyszu w proszku. Skutkiem tego postępowania macica popadła w stan ciągłych bolesnych skurczów, wytworzył się wreszcie tężec macicy, wśród którego ściana szyi pękła, przy ujściu niezupełnie rozwartem.

Zawezwany lekarz rozpoznał podłużne pęknięcie szyi macicy i rozwiązał rodzącą zapomocą obrotu na nóżki, lecz osoba ta po paru godzinach zakończyła życie. Przy sekcyi zmierzono dokładnie wymiary miednicy, które wynosiły: wymiar prosto wchodu macicy $11^1/_2$, wymiar poprzeczny 15, skośny lewy $15^1/_2$, skośny prawy 16; miednica ta zatem była obszerniejszą od prawidłowej, a przyczyną pęknięcia macicy był prawdopodobnie skurcz tężcowy macicy, która treści swojej nie mogła wyprzeć na zewnątrz, gdyż ujście zewnętrzne, nierozwarte i również podlegające skurczowi skutkiem zażycia dużej dawki sporyszu, stanowiło przeszkodę porodową i w takich warunkach ściana macicy mogła łatwo pęknąć w najsłabszem miejscu, co się też stało od strony tyłogłowia płodu, jak o tem operator mógł się przekonać.

Piotrowski.

Otto Küstner: **O operacyi Freunda w przypadkach raka macicy.** *(Sammlung klinischer Vorträge Volkmanna*, Nr. 204, r. 1898). Na 91 przypadków raka macicy, operowanych w przeciągu ostatnich trzech lat, w 16 dokonał autor wycięcia macicy metodą Freunda przez laparotomię. Były to przypadki, w których albo macica bardzo była powiększoną skutkiem raka trzonu, lub równoczesnego rozwoju włókniaków tak, iż wycięcie jej przez pochwę, bez poprzedniego rozkawałkowania, było niemożliwem, albo też tkanka okołomaciczna, zmieniona chorobowo, stanowiła przeszkodę w ściągnięciu macicy. Z pomiędzy 16 przypadków, operowanych metodą Freunda, do których K. dodał później jeszcze 2 przypadki, cztery zakończyły się niepomyślnie wkrótce po zabiegu. Sekcya wykazała w tych przypadkach zapalenie otrzewnej i ropienie w podwiązanych kikutach więzów szerokich. Pomijając możliwość zakażenia rękami operatora, które nigdy nie dadzą się zupełnie wyjałowić, przypuszcza autor w tych przypadkach zakażenie otrzewnej podczas zabiegu cząstkami rozpadłego nowotworu, który wyjmowano od strony jamy brzusznej. Autor pochwala w zasadzie sposób zalecony przez Veita, a polegający na tem, żeby macicę wyjmować przez pochwę, po podwiązaniu więzadeł *per laparotomiam*; w ten sposób bowiem zmniejsza się niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, ale nie zawsze da się macica w całości przez pochwę wyjąć, a właśnie w 16 przypadkach opisanych było wyjęcie macicy przez pochwę niemożliwem. Autor radzi po zabiegu osączkować dobrze ranę, tak od pochwy, jakoteż od strony jamy brzusznej, workiem Mikulicza, w celu zapobiegania zapaleniu otrzewnej. Wyniki dotychczasowe zachęcają autora do przedsiębrania dalszych prób, zmierzających do wydoskonalenia operacyi Freunda, która posiada zdaniem K. tę wyższość nad innymi sposobami wycinania macicy, a mianowicie wycinaniem przez pochwę lub od tyłu, po wypiłowaniu kości krzyżowej, że po wykonaniu laparotomii uzyskuje się bardzo dobry i wygodny dostęp i można tą drogą wycinać dokładnie nie tylko macicę i tkankę okołomaciczną, nowotworowo naciekłą, ale także i gruczoły chłonne zaotrzewnowe, położone w miednicy małej, wzdłuż wielkich naczyń, skutkiem czego operacya raka macicy stanie się radykalniejszą, niż nią jest obecnie przy wycinaniu przez pochwę i nawroty cierpienia staną się mniej częste. *Piotrowski.*

Luxenburg Józef: **Zmiany morfologiczne, towarzyszące czynności komórek ruchowych rdzenia. Doniesienie tymczasowe — (z pracowni Tow. Lek. Warsz. pod zarządem Prof. Dra H. Hoyera).** *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 24). Od czasu zastosowania nowych sposobów, dozwalających zbadać dokładnie budowę komórki nerwowej, rzucili się badacze do tego przedmiotu z zapałem. Dotychczasowe wyniki tych prac zebrali Goldscheider i Flatau w dziele najnowszem: *Normale u. pathologische Anatomie der Nervenzellen. Berlin 1898.* Jednakowoż prace dotyczą tylko komórki nerwowej w stanach chorobowych. Mało jest badań, odnoszących się do zmian wywołanych czynnością w komórce nerwowej zdrowej. Autor postanowił zająć się tą sprawą i rozprawę większych rozmiarów ogłosi niebawem; teraz podaje tylko „doniesienie tymczasowe“, zwłaszcza, że równocześnie ogłasza Dr. Friedel Pick w *Deutsch. Med. Wochenschrift*, Nr. 22 wyniki swoich badań zupełnie podobnych, a zbliżone do wyników badań autora.

Autor postępował w ten sposób: zwierzętom, po zastrzyknięciu morfiny, odsłaniał rdzeń kręgowy w okolicy grzbietowo-lędźwiowej i nacinał go w dwu kierunkach. Raz przeciął rdzeń na poprzek, całkowicie i w ten sposób oddzielił górną część rdzenia od dolnej drażnionej; drugie cięcie prowadził podłużnie na połowie rdzenia tak, że podzielił go (tę część dolną, odłączoną od górnej pierwszem cięciem) na dwie równe połówki boczne. Następnie obnażał nerw udowy po jednej stronie i drażnił go przez godzinę prądem przerywanym. Po godzinie ciągłych skurczów na jednej nodze, zwierzę szybko zabijał i rdzeń utrwalał, a potem badał sposobami nowego barwienia Nissla itp.

Wyniki są takie, że w komórkach ruchowych rdzenia podczas czynności występują zmiany niewątpliwe. Zmiany te w pierwszym rzędzie dotyczą ciałek chromatynowych Nissla, które tracą zwykłą swą postać bryłkowatą, zaródź komórki staje się drobnoziarenkowatą.

Zmiana ta początkowo pojawia się na obwodzie komórki i około jądra, poczem stopniowo obejmuje całą komórkę. W ten sposób i jądro wydaje się, jakby posypane drobnym pyłem. Ztąd podług autora, wypływa wniosek, że w istocie chromatynowej komórki tkwi zapas jej energii czynnościowej.

Dr. Eljasz-Radzikowski.

Dehio: **O leczeniu trądu surowicą.** *(Russkij archiw patołogii* etc., 1898, V, Z. 5). D. powtarzał doświadczenia z leczeniem trądu surowicą, które w r. 1896 ogłosił Caras-

quilla (z Kolumbii). Wstrzykiwał on mianowicie zdrowym koniom podskórnie surowicę krwi ludzi trędowatych w odstępach 10—14 dniowych, a po 5 wstrzyknięciach zbierał surowicę z owych koni. Tę surowicę końską wstrzykiwał D. 19 trędowatym w dawce 1—5, a później 5 do 15 cm. sześć. w ciągu dwóch miesięcy, a nawet dłużej. Wstrzykiwania te, po których następował mierny odczyn gorączkowy, trwający dobę lub półtorej, znosili chorzy wogóle dobrze; jednakże stan chorych w niczem się przez nie nie polepszał. Sam Carasquilla podaje zresztą, że nie uzyskał nigdy wyleczenia, lecz tylko polepszenie; otóż takie przejściowe polepszenia spostrzegał Dehio u trędowatych także po zastósowaniu tuberkuliny. Ponieważ zaś wiadomo, że podobne działanie, jak tuberkulina, wywierają także inne wyciągi z hodowli rozmaitych drobnoustrojów, czyli, że zależy ono głównie, jak sądzi Dehio, od zawartych w takich wyciągach albumoz i peptonów, nie zaś od jakichś swoistych antytoksyn, więc D. przypuszcza, że surowica Carasquilli zawierała właśnie podobne składniki, zupełnie zresztą dla bakteryj trądu nie swoiste. Surowica zaś D. nie zawierała ani żadnych bakteryj, ani albumoz, i tem tłómaczy sobie on jej najzupełniej ujemne działanie na ustrój trędowatych. X.

V. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Acidum β-naphtalinsulfonicum. Przetwór, używany przez Rieglera, jako odczynnik na białko.

Acidum picronitricum, środek znany już w chirurgii, w leczeniu ran, wrzodów i oparzelin. Debuchy zwraca uwagę, że kwas ten działa dopiero po zaschnięciu, a że na to potrzeba 24 godzin, więc nie powinno się zmieniać opatrunku wcześniej, jak po 3 do 8 dniach. Używają go także, jako środka tamującego krwotoki (Haemophilia) i przy operacyach po sprawach zakaźnych. Leloutre leczy oparzenia rogówki mieszaniną 20% kokainy i równej ilości tegoż kwasu, zapuszczając 3 razy dziennie po 3 krople do oka.

Rochon usuwa w 7 dniach pępowinę, owijając ją w tym czasie 2—3 razy watą, napojoną 0,5% roztworem kw. pikrynoazotowego.

Plamy żółte, powstałe na rękach i na bieliźnie przy używaniu tego środka, usuwa się ciastem (pastą) z węglanu litowego i wody.

Airol, znany i polecany w chorobach oczu pod postacią proszku, lub 5—10% maści szczególnie w śluzoropotoku noworodków.

Löblowitz leczy airolem i równocześnie plastrem rtęciowym kiłowe pierwotne owrzodzenia, kilaki i dymienice. Cassan stosuje go w zapaleniu macicy przez 2—4 tygodni w postaci tamponów, napojonych mięszanką 20% airolu z gliceryną. Domemo Fornara używa go w trądzie. Równocześnie jednak Aemmez ostrzega przed zatruciem, które spostrzegał po wstrzyknięciu 35 grm. 10% mięszanki airolu z gliceryną do jamy ropnia, a które miało wszelkie cechy ostrego zatrucia bismutem.

Amyloform, połączenie formaliny ze skrobią, środek antyseptyczny, niedrażniący skóry i nie wywołujący objawów ubocznych. Löwenthal stosuje go z powodzeniem w biegunce.

Gdy jednak trudna rozpuszczalność amyloformu ogranicza jego zastósowanie szczególnie w leczeniu ran, poleca Classen Dextroform, połączenie formaldehydu z dekstryną, w wodzie i glicerynie rozpuszczalne, które nadaje się dobrze do przestrzykiwań w postaci 5—10% wodnego roztworu w leczeniu ropnych wysięków opłucnej. Podawać go także można w ropnych nieżytach pęcherza.

Anesonum (Anesin) $HO.C(CH_3)_2CCl_3 + 1\frac{1}{2}H_2O$, czyli $1\frac{1}{2}$% wodny roztwór chloroformu acetonowego, polecany jako środek miejscowo znieczulający, odpowiadający 2% roztworowi kokainy, a o tyle go przewyższający, że ani miejscowego zadrażnienia, ani ogólnego zatrucia nie powoduje. Polecają go do znieczulań dentystycznych, przy wyjmowaniu obcych ciał z oka, także w mniejszych zabiegach chirurgicznych.

Anilipyrinum, proszek biały, w wodzie łatwiej rozpuszczalny niż antyfebryna i antypiryna, a powstaje przez stopienie jednego równoważnika antyfebryny i dwu równoważników antypiryny. Podają ją w grypie, ostrym gośćcu stawowym, migrenie i innych nerwobólach.

Zapisuje się:

Rp.: *Anilipirini 0,5—1,00*
Dentur tales doses Nr. VI. ad chartas ceratas.
S.: *2—3 proszków dziennie zażyć.*

Apiolin, stósowany z dobrym skutkiem w miesiączkowaniu bolesnem (Dysmenorrhoea), w kapsułkach po 0·2 grm., przez 3 dni po 3 dziennie, przed wystąpieniem miesiączki.

Arecolinum hydrobromicum, środek przez Amilkara Biotti stosowany w jaskrze zamiast eseryny, gdyż działa energiczniej zwężająco na źrenicę; zwężenie to jest jednak krótkotrwałe.

Argentol (Argentum chinaseptolicum) $C_9H_5N.OHSO_3Ag$., proszek żółty, lekki, w wodzie łatwo się rozpuszczający, rozpada się, jak Credé podaje, przy gotowaniu w wodzie i wobec ciał zakaźnych na antyseptycznie działającą oksychinolinę i srebro metaliczne. Stósowany w chorobach skóry, w postaci maści, jako zasypka na owrzodzenia kiłowe i atoniczne, rany, i ziarninę, pod postacią zawiesiny w rzeżączce.

Hydrargyroseptol (Hydrargyrum chinaseptolicum), związek rtęciowy odpowiadający argentolowi jest masą, do żółtka kurzego podobną, bez woni, w wodzie się strącającą, zapewne znajdzie zastósowanie w leczeniu kiły.

Argentum sulfophenylicum jest to delikatny proszek krystaliczny, w wodzie łatwo rozpuszczalny, zawierający do 30% srebra metalicznego. Na świetle rozkłada się na fenol i metaliczne srebro. Podobnie jak wszystkie sole srebra posiada własności antyseptyczne, a nie działa żrąco; lepszym jest od azotanu srebrowego, a rozpuszczalnością i stałością przewyższa inne nowe związki srebra. Polecają go w leczeniu chorób oka i w chirurgii.

Asaprol, środek świeżo przez Bucka polecany w leczeniu podostrego zapalenia stawów, przewlekłego gośćca mięśniowego, bólów mięśniowych i różnych nerwobólów. Lepszym ma być od salicylanu sodowego, gdyż nie wywołuje żadnych ubocznych objawów ze strony serca i żołądka.

Aseptol (Acidum orthophenolsulfonicum) $C_6H_4(OH)SO_3H$ (1:2). Przetwór higroskopijny, więc w handlu tylko w postaci $33\frac{1}{3}$% roztworu się znajduje. Jako taki, jest płynem brunatnym mięszającym się z wyskokiem i wodą, o c. g. nieco większym niż ta ostatnia. Dotąd używany jako środek antyseptyczny, a obecnie polecany jako odczynnik na barwiki żółciowe i białko w moczu.

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

VI.

W klinicznym zakresie chorób nerwowych zajmowano się w ostatnich czasach najwięcej padaczką i wiądem rdzenia; oczywiście królowa nerwic, histerya, zbiera w swej stolicy regularnie należną sobie daninę.

Do sporej już liczby równoważników („ekwiwalentów") napadów padaczkowych dorzucił Lemoine nową postać (S. B.), spostrzeganą przez siebie przedewszystkiem u dzieci; napad objawia się nagłym bólem w dołku podsercowym, poczem następują nudności i wymioty, niekiedy utrata przytomności; po napadzie chory zapada w głęboki sen. Napady te występują zazwyczaj naprzemian z napadami typowych drgawek padaczkowych; brom działa korzystnie. Pozostając w zakresie padaczki typowej, stara się natomiast Féré (S. B.) wzbogacić jej symptomatologię; stwierdził on rzadkość skrzyżowanego odruchu kolanowego (skurcz mięśni uda, występujący często na drugiej nodze równocześnie z odruchem nogi badanej) u epileptyków (tylko 24 razy na 143 chorych); dalej zawiadomił o ciekawem spostrzeżeniu, w którem po napadzie padaczkowym znikały skojarzone ruchy oczu, aż do chwili przebudzenia się chorego. Stwierdziwszy wreszcie, że działanie atropiny jest silniejsze i szybsze zaraz

po napadzie padaczki, niż zazwyczaj, że zatem istnieje wówczas rodzaj porażenia tęczówki, sprzyjający rozszerzeniu źrenicy, a z pewnością niezależny od stosunków krążenia w korze mózgowej, powołuje się Féré na to zjawisko, jako na dowód, że nie wszystkie rodzaje porażeń, pojawiających się po napadzie, odnosić należy do niedokrewności mózgu, jak to niektórzy badacze utrzymywali. W leczeniu padaczki radby Maurice de Fleury (Acad. M.) zastósować, obok bromu i środków dyetetycznych, przepłókiwania żołądka i jelit i t. d. O leczeniu chirurgicznem padaczki w Paryżu przycichło (oprócz oczywiście padaczki tak zw. korowej); natomiast w Lugdunie okazał Jaboulay wytrwałość w kolejnych trepanacyach w jednym przypadku, w którym drgawki ogólne występowały naprzemian z napadami częściowymi (przykurczenie ramienia z utratą przytomności), a można je było wywołać także przez ucisk na prawe oko; po trzeciej operacyi wielkie napady samoistne wprawdzie znikły; jednakże ucisk na oko wywołuje je po dawnemu, a napady częściowe utrzymują się w dawnej sile i częstości; wobec tego ma Jaboulay ochotę próbować zabiegu na nerwach ocznych.

Histerya była dwukrotnie przedmiotem rozpraw w Towarzystwie dermatologicznem. Fournier przedstawiał 23-letniego chorego, jednego z dwojga pozostałych przy życiu z 14 rodzeństwa, u którego aż do 15 roku życia pojawiały się napady histeryczne, później zboczenia umysłowe, a obecnie istnieje połowicze porażenie i znieczulenie ze znamiennemi zaburzeniami w zakresie zmysłów. Opierając się na tem, że u chorego tego, oprócz znanej zmiany Hutchinsonowskiej, istnieje głuchota, w następstwie obustronnego cierpienia ucha środkowego, że przechodził on miąższowe zapalenie rogówki i dotknięty jest wyroślami kostnemi na podudziu, uważa F. przedstawiony przez siebie przypadek za typowy przykład histeryi, wywołanej przez kiłę dziedziczną. Ponieważ dyskusya, związana z tym przypadkiem, przeniosła się odrazu na ogólniejsze pole przejawów kiły dziedzicznej, przeto jej tu nie przytaczam.

Powtórnie zajmowano się w Tow. dermat. histeryą z powodu przypadku wielokrotnej, rzekomo histerycznej, zgorzeli, który przedstawił Balzer. Chora 21-letnia, przed czterema laty cierpiała na rozmaite zboczenia natury histerycznej; od dwóch lat pojawił się sześciokrotnie w rozmaitych miejscach skóry rumień (erythema), poczem w miejscach tych tworzyły się pęcherze, pozostawiając po sobie blizny. Ażeby wyjaśnić nareszcie sporną dotąd sprawę tak zw. zgorzeli histerycznej, odnoszonej przez wielu badaczy do zwykłej symulacyi, poddał B. swoją chorą jak najściślejszemu nadzorowi. Nie zdołano jednak ani stwierdzić, że chora samowolnie się uszkodziła, ani też badaniem chemicznem wykazać śladów jakiegokolwiek środka drażniącego w zajętych miejscach skóry. W dyskusyi zauważył Barthélemy podobieństwo przedstawionego przypadku do spostrzeżenia Renauta (z Lugdunu), podkreślając wątpliwości rozpoznawcze, jakie się w tych razach nasuwają, zgodnie z samym Balzerem, jakoteż Jacquetem i Thibiergem, który podniósł, że zmiany występowały tylko w okolicach ciała, dających się łatwo dosięgnąć ręką. W ten sposób sprawa głębokich i trwałych zaburzeń troficznych wogóle pozostaje w histeryi nadal nierozjaśnioną; wątpliwościom bowiem, czy zmiany tego rodzaju wogóle w histeryi istnieją, coraz nowe zdają się przybywać podstawy. I tak n. p. ciekawym w tym kierunku przyczynkiem było spostrzeżenie, przytaczane już dawniej przez jednego z paryzkich neuropatologów, jako klasyczny przykład histerycznego zaniku mięśniowego, które obecnie było treścią jednego z ostatnich wykładów klinicznych Babińskiego. Dotyczący chory, dotknięty został przed laty, natychmiast po urazie w okolicę karku i lewego ramienia, porażeniem kończyn górnych i dolnych, w ślad za którem rozwijać się począł lekki zanik mięśni przedramienia i ręki lewej. Ponieważ równocześnie istniały wybitne „znamiona“ histeryi w tej klasycznej postaci, jaką opisują wszystkie podręczniki, przeto nie ważano się całej reszty objawów odnieść do samej tylko nerwicy. Jakoż istotnie porażenie, a razem z niem i inne objawy histeryczne, ustępować poczęły; dziś jednak, po upływie lat kilku, gdy już wszystkie objawy nerwicy „urazowej“ zupełnie i oddawna zniknęły (jak wiadomo, szkoła Charcotowska nie uznaje prawie odrębnych nerwic urazowych, odnosząc je do histeryi), pozostały mimo to zaniki mięśniowe, przybrawszy tymczasem wysoki stopień i wszystkie cechy nieuleczalnych skutków głębokiego obrażenia splotu barkowego. W danym razie widocznie więc istniało skojarzenie zmiany organicznej z histeryą, jakie wielokrotnie w ostatnich czasach, naprzód we Francyi, a później i w Niemczech, opisywano; być może, że coś podobnego wykaże dłuższe spostrzeganie i w innych podobnych przypadkach.

Wogóle zajmuje tu histerya nietyle w towarzystwach lekarskich, ile w wykładach klinicznych, bardzo pokaźne, może za pokaźne miejsce, choć nie zawsze zdarzają się przypadki tak ciekawe, jak ów Babińskiego, lub tak znamienne dla patogenezy histeryi, jak ten, podobno jeden z rzadszych, który przedstawiał niedawno w czasie swego wykładu Déjerine. W ciągu leczenia zwykłego przykurczenia histerycznego lewej górnej kończyny wystąpiła mianowicie, jeśli tak powiedzieć można, dyssocyacya objawów chorobowych; powróciły bowiem zupełnie swobodne ruchy dowolne i bierne palców i ręki w stawie nadgarstkowym; natomiast w stawie łokciowym i barkowym utrzymywała się jeszcze czas jakiś sztywność. Zupełnie analogiczny przypadek spostrzegał też świeżo Gerest w Lugdunie z tą tylko różnicą, że istniało nie przykurczenie, lecz porażenie kończyny górnej i że pod wpływem faradyzacyi powróciły w zupełności czynne i bierne ruchy wielkiego palca; porażenie zaś innych palców mimo to nadal się utrzymywało. Oczywiście działanie faradyzacyi polegało w tym przypadku, jak zwykle, głównie na pewnego rodzaju poddawaniu (suggestyi), które w histeryi pozostanie chyba najpotężniejszym czynnikiem leczniczym; na wielką doniosłość tych wpływów moralnych (ochrzczonych niezbyt szczęśliwie nazwą „poddawania na jawie“), zwraca swoim słuchaczom ze szczególnym naciskiem uwagę Déjerine, osiągnąwszy, bez uciekania się do hipnotyzmu, znakomite wyniki, zwłaszcza u osób młodych i w przypadkach świeżych, zapomocą leczenia psychicznego i odosobnienia, zalecanego zresztą już oddawna gorąco przez Charcota. Odosobnienie to przeprowadza zresztą Déjerine na swoim oddziale w sposób bardzo prosty, pozostawiając chorą na wspólnej sali szpitalnej w łóżku za zasuniętemi firankami i niedozwalając nikomu z nią rozmawiać; tylko w uporczywych przypadkach zamyka chore na dobę i t. p. w przyciemnionym osobnym pokoju. Postępowanie to, możliwe przy karności i inteligencyi chorych, dobrze wyćwiczonej służbie i obfitości miejsca w szpitalach, gdzieindziej wymaga osobnych zakładów.

Ciekawy kontrast z przyjętem dziś wszędzie odosobnianiem histeryczek stanowi postępowanie na niektórych tutejszych oddziałach psychiatrycznych z obłąkanymi. Rozszerzenie zasady „no restreint“ do ostatecznych granic, które jest zdobyczą istotnie nowoczesną i prawdziwie ludzką, a w którego możliwość wielu jeszcze poważnych psychiatrów (jak u nas n. p. Erlicki) niezupełnie wierzy, zdaje się tutaj nie tylko wykonalne, a przytem bardzo korzystne. Na oddziale Magnana, gdzie skupiają się prawie wszystkie ostre przypadki z całego departamentu Sekwany, bo inne oddziały są przedewszystkiem przeznaczone dla przypadków przewlocznych lub nieuleczalnych, rozsyłanych z oddziału Magnana (centralne „biuro przyjęcia“), widzi się wszystkich chorych podnieconych we wspólnej sali, bez kaftanów, nie przymocowanych wcale do łóżek, których nieopuszczać uczą się bardzo prędko. W kąpieli mają chorzy najzupełniejszą swobodę ruchów, a szyje ich wolne są od obroży, jaką stanowi otwór wycięty dla głowy w metalowej przykrywie wanny, używanej tu jeszcze gdzieniegdzie „dla bezpieczeństwa“. Odosobnienia w celkach umyślnie zbudowanych Magnan wcale

obecnie nie używa, obróciwszy te pokoje na inny użytek; w oknach niema nigdzie krat. A podobno wobec tego wszystkiego nie zdarzają się teraz przypadki tak gwałtownego szału, jak dawniej; chorzy, z którymi w odosobnieniu nie można było sobie dać rady, łagodnieją we wspólnej sali, leżąc w łóżkach, prawie do niepoznania, a podniecenie maniackie, nie przechodząc miernego stopnia, trwa kilka godzin u tych, u których w odosobnieniu ciągnęło się przez dni kilka. Prawda, że na oddziale Magnana, oprócz inteligentnego świeckiego nadzoru, przypada wyborowa posługaczka lub dobry posługacz na 3 do 4 chorych.

Podobnie jak o histeryi, słyszy się tu o wiądzie rdzenia więcej w szpitalach, niż na posiedzeniach towarzystw. Ulubionym tematem są przedewszystkiem trudności rozpoznawcze w tych przypadkach, w których brakuje pewnej części znamiennych, klasycznych objawów klinicznych w okresie, poprzedzającym bezład, owe coraz częściej opisywane „formes frustes“, w początkach nieraz zupełnie nie przywodzące na myśl właściwego cierpienia. Niedawno Rendu przedstawił swoim słuchaczom chorą, u której, przed wystąpieniem niezborności ruchów i bólów przeszywających, istniały tylko zaburzenia pęcherzowe, naprowadzające z początku na błędne przypuszczenie miejscowego cierpienia pęcherza. U chorej tej zresztą niema objawu Argyll-Robertsona i odruchy kolanowe istnieją; (podobne przykłady zachowania odruchów kolanowych przedstawiano kilkakrotnie w towarzystwach lekarskich w roku zeszłym). W drugim przypadku Rendu obraz wiądu rdzenia ze znaną trójcą objawów wczesnych, powikłany był drżeniem kończyn, trwającem od szeregu lat, nader podobnem do drżenia w rozsianem stwardnieniu rdzenia, a stopniującem się w miarę występowania objawów wiądu, i krwotokami żołądkowymi bez wykazalnych klinicznie innych zmian chorobowych tego narządu, a w końcu postawą i chodem, spotykanymi w chorobie Parkinsona. Jeden z sobotnich wykładów Babińskiego odnosił się do chorej, u której brakło również części objawów, uważanych za znamienne, a rozpoznanie utwierdziło się dopiero przez charakterystyczne zmiany w stawie kolanowym („arthropathia tabidorum“). Jak trudne zresztą bywa w podobnych przypadkach rozpoznanie, dowodzi spostrzeżenie Hartmana (Soc. Chir.), w którem tabetyczne cierpienie stawu udowego długi czas brano za mięsaka górnej części kości udowej. Przy tej sposobności należy wspomnieć o spostrzeżeniu Hirtza (S. m. H.), który poraz, jak się zdaje, pierwszy, opisał niezwykłe umiejscowienie tabetycznego cierpienia stawów, mianowicie w *articulatio metatarso-phalang.*

Do niezbyt częstych zjawisk mają należeć również zaniki porażenne mięśni kończyn w okresie wiądu, poprzedzającym bezład; do 7 opisanych przez siebie przypadków dodał Déjerine w jednym z wykładów ósmy, dotyczący 44-letniej kobiety, u której zresztą rozpoznanie, wobec braku objawów ocznych i słabo zaznaczonego objawu Romberga, opierało się na braku odruchów kolanowych, zaburzeniach pęcherzowych i przebytych bólach przeszywających. Zanik dotyczył mięśni zaopatrywanych przez n. podkolanowy zewn. nogi lewej. Dejerine nie uważa tych zaników porażennych wczesnych okresów wiądu za bezwzględnie nieuleczne, stwierdziwszy kilkakrotnie bardzo wprawdzie powolne, ale stanowcze polepszenie pod wpływem elektryczności.

Skojarzenia wiądu rdzenia z innemi chorobami nerwowemi (nie mówiąc już o histeryi), zwłaszcza z porażeniem postępującem, opisywano wprawdzie niejednokrotnie[1]), jednakże przypadek, któremu świeżo Babiński jeden swój wykład poświęcił, zdaje się, jako pewnego rodzaju rzadkość, zasługiwać na wzmiankę, ponieważ objawy chorobowe (zaburzenia oczne, przedewszystkiem zmiany dna oka) pojawiać się zaczęły wyjątkowo wcześnie, prawie jeszcze w dzieciństwie, a jako czynnik przyczynowy bardzo prawdopodobną była dziedziczna kiła. Chora, licząca dzisiaj lat dwadzieścia, przedstawia, obok klasycznych objawów wiądu, zaburzenia mowy i zboczenia psychiczne, znamienne dla porażenia postępującego. Raymond poświęcił kilka wykładów rozbiorowi stosunku wiądu do syringomyelii, z powodu ciekawego skojarzenia obu tych cierpień w jednym przypadku, podobnym do dawniej opisanych spostrzeżeń Schlesingera. W przypadku tym wystąpiły przed 4 laty bóle przeszywające w nogach, później zaburzenia pęcherzowe i oczne, osłabienie mięśniowe, niezborność ruchów, zniesienie odruchów kolanowych i t. p. Dopiero później, wskutek silnego urazu w okolicę karku (upadek), zauważono pojawienie się oznak syringomyelii: znamiennego rozszczepienia czucia, zaników mięśniowych na rękach i przedramionach i t. p. i na tej to kolejności objawów opiera R. rozpoznanie skojarzenia wiądu z syringomyelią, sądząc, że uraz mógł być powodem tej ostatniej, wśród rozwijającego się już dawniej wiądu. Trudność rozpoznawcza polega w podobnych przypadkach na tem, że chociaż w istocie niema skojarzenia obu chorób, jedna z nich może poniekąd przybierać kliniczną postać drugiej. I tak może syringomyelia przybierać postać wiądu, jeżeli zajmuje tylne sznury rdzenia w okolicy szyjnej lub górnej piersiowej, jak również trudno uniknąć pomyłki z pewnemi postaciami wiądu, jeżeli przez syringomyelię zajęty jest rdzeń przedłużony, lub wikła się ona z wodogłowiem (Schlesinger). Z drugiej strony zdarzają się przypadki wiądu z rozszczepieniem czucia (Parmentier, Raymond), chociaż rozszczepienie to różni się wówczas od tego, jakie istnieje w syringomyelii. Zdaniem R., jedynie znamiennem dla syringomyelii jest zniesienie czucia bólu i cieplnego, z zachowaniem dotykowego. Zauważył przytem R., że w histeryi zdarza się rozszczepienie czucia, najzupełniej takie samo, jak w syringomyelii, jak z drugiej strony bywa i w tej ostatniej zniesienie wszystkich rodzajów czucia; ta uwaga jest zresztą tylko potwierdzeniem rzeczy dawniej już niejednokrotnie opisywanych.

Dr. Ciechanowski.

---

[1]) por. Nageotte. Tabes et paralysie générale. Thèse. Paris 1893.

VII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie za I. półrocze b. r. z wyników ochronnego leczenia wodowstrętu metodą Pasteura przy uniwersyteckim Zakładzie higieny w Krakowie.

W półroczu tem leczono 145 osób, z których tylko jedna, mianowicie Katarzyna Konieczna, l. 24 licząca, wieśniaczka z Rożniat, powiatu mieleckiego, pokąsana w dniu 9 Kwietnia przez psa wściekłego w policzek lewy, oraz w górną lewą powiekę, zmarła na wodowstręt. Leczenie rozpoczęto zaraz po jej przybyciu, w d. 10 kwietnia; ukończyła zaś leczenie w d. 22 kwietnia. Zmarła dnia 2 maja, 1898 r.

Odsetek śmiertelności wynosiłby zatem w tem półroczu 0.69%.

Wykaz liczbowy tych 145 osób ze względu na rodzaj pokąsania.

Pokąsania:	A.	B.	C.	D.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	3	6	2	—	11
w kończyny górne	17	42	21	1	81
w tułów i kończyny dolne	8	39	6	—	53
w ciało gołe	19	50	14	1	84
przez ubranie	9	37	15	—	61
Liczby ogólne	28	87	29	1	145

Zwierzęta kąsające były: w 133 wypadkach psy, w 10 wypadkach koty, w 2 wypadkach koń.

UWAGA. Rubryka *A.* oznacza pokąsania przez zwierzęta, których wściekliznę stwierdziły próbne szczepienia cząstki ich mózgu królikom (*sub duram*). Rubryka *B.* oznacza pokąsania przez zwierzęta, których wściekliznę wykazała sekcya weterynarska. Rubryka *C.* — przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę. Rubryka *D.* — przez zwierzęta podejrzane o wściekliznę, jednak zaszczepione cząstką ich mózgu króliki, nie padły na wściekliznę. *O. Bujwid.*

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 11 Sierpnia.

* W niemieckiem mieście Barmen nastąpiła zmowa lekarzy, którzy oświadczyli, że nie będą nadal pełnić obowiązków w Kasie chorych robotników, jeśli zarząd Kasy nie podniesie im bajecznie nizkiej zapłaty. Pewna część miejscowych dzienników rozumuje, że od lekarzy także można i należy żądać pewnych ofiar, skoro chodzi o instytucyę społeczną i dobroczynną. Rozumowanie takie z gruntu jest błędne i niesprawiedliwe: nasamprzód nie wolno od kogoś żądać ofiar, jeśli go na nie nie stać i gdy on wyraźnie oświadcza, że sam jest w niedostatku; nie mniej nie jest wolno, nawet w celach dobroczynnych, wyzyskiwać jednego zawodu, zubożać go i pozbawiać środków materyalnych do utrzymania się na tej stopie intelektualnego życia, której wymaga jego zawód, jego codzienna czynność. Był czas, kiedy od lekarzy można było żądać ofiarnej działalności; dziś jednak, gdy parlamenty i rządy nałożyli na stan lekarski podatek krwi i mienia, na równi z każdym innym zawodem, zepchnięci z wywyższonego stanowiska w tłum szary, lekarze utracili, co najmniej, obowiązek ofiarnego służenia społeczeństwu.

Podnosząc formalną stronę tej sprawy, żywimy jednak głębokie przekonanie, że od wieków wyrobiony typ lekarza-altruisty i dalej trwać będzie i że zasady społeczne i uczucia filantropijne nigdy nie przestaną zdobić jego działalności; ale to jego dobra wola, wyższość powołania, moralna przewaga, a nie logiczne następstwo warunków, które lekarzowi prawo i społeczeństwo dziś narzuciły.

* Minister oświaty, zatwierdzając uchwałę Wydziału lekar. Uniw. Jagiell., nadał Dr. Włodzimierzowi Sieradzkiemu *veniam legendi* z sądowej medycyny.

* Szanownej Redakcyi „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego warszawskiego“ składam uprzejme podziękowanie za ofiarowane Bibliotece Tow. lek. krak. liczne poszyty „Pamiętnika“, uzupełniające nasz zbiór sposobem zamiany.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski.

* Prawo obowiązkowego szczepienia limfy ochronnej przeciw ospie doznało uszczerbku w samej ojczyznie Jennera. Parlament angielski uchwalił, ażeby rodzice dziecka nieszczepionego, jeśli przed upływem 4-go miesiąca życia dziecka wyznają przed trybunałem, że są sumiennie przekonani o szkodliwości szczepienia, nie byli pociągani do odpowiedzialności. Uchwała ta będzie jeszcze roztrząsaną przez Izbę lordów, ale małe są widoki, ażeby została odrzuconą; Anglicy, w zamiłowaniu osobistej wolności, często dla niej poświęcają dobro publiczne: obok powyższej uchwały parlamentu, godzi się przypomnieć, że Angielki, z tak zw. wyższego świata, w imie zasady osobistej wolności, zwalczają kontrolę administracyjną i sanitarną nad kobietami publicznemi.

* XII Zjazd Stowarzyszenia francuskich chirurgów rozpocznie się 17 października b. r. pod przewodnictwem prof. Le Dentu. Zjazd będzie miał do roztrząśnięcia następujące dwa zagadnienia: 1) Nefrotomii — referenci: Guyon i Albarran i 2) Leczenie wola — referent Reverdin. Wszelkich wyjaśnień udziela sekretarz generalny, Dr. L. Piquet (*Paris, rue l'Isly, 8*).

* Zjazd Stowarzyszenia urologów francuskich odbędzie się w Paryżu od 20 do 22 października b. r. pod przewodnictwem Guyona.

* W Petersburgu odbędzie się między 12 a 16 grudnia b. r. Zjazd rosyjskich klimatologów, hidrologów i balneologów.

Mianowani: Dr. Karol Baas — prof. nadzw. okulistyki w Hejdelberdze. Prof. nadzw., Artur Heffter, — profesorem zwyczajnym farmakologii w Bernie. Dr. Rieder, — profesor nadzwyczajny elektroterapii, w Mnichowie.

* Donoszą nam ze Stanisławowa, że Dr. Leonard Chołowiecki założył w tem mieście pracownię chemiczno-drobnowidową do badań klinicznych. Gdy się zważy, jak niezbędnemi są tego rodzaju badania w praktyce lekarskiej, wyznać należy, że pomysł Dra Ch., założenia takiej pracowni zdala od ognisk uniwersyteckich, jest nader szczęśliwy.

Nekrologia. Dr. Juliusz Kwaśniewski, b. inspektor lekarski gub. lubelskiej i b. prezes Towarz. lekar. w Lublinie, zmarł w Warszawie w 64 roku życia. Dr. Oton Krassowski, lekarz marynarki rosyjskiej, zmarł w 62 roku życia. Dr. Francesco Trombetta prof. kliniki chirurg. w Messynie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 31): Gabszewicza: Ś. p. Alfred Obaliński (wspomnienie pośmiertne). Dra Rosenthala J.: Przypadek krwisteku śródmacicznego w rogu prawym macicy dwurożnej (dok.). Dra Brunnera M.; O najnowszych postępach na polu rentgenografii i rentgenoskopii (dok.). W *Medycynie* (Nr. 31): Dra Tuchendlera A.: Rak pierwotny płuca. Dra Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (ciąg dal.). W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 14): Prof. Dra Domańskiego: Zdziedziny ubezpieczenia od przypadków. W *Pamiętniku Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* (Zeszyt II, 1898): Dra Luxemburga J.: Przyczynki do hematologii nerwic czynnościowych. Dra Sokołowskiego A.: Kamienie nerkowe niezwykłego składu i wielkości. Dra Stróżewskiego K.: Słów kilka w kwestyi leczenia wiądu rdzeniowego. Dra Sunderlanda J.: 220 przypadków zwężenia i częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy, pochodzenia poporodowego. Dra Zahorskiego W.: Zarys dziejów ces. Towarz. lekar. w Wilnie (1805—1897). Dra Sawickiego J. W.: Falowanie nerwowe, jako równoważnik zjawisk psychicznych. Zarys energetyki układu nerwowego (c. d.). W *Nowinach lekarskich* (Nr. 7 i 8): Ś. p. prof. Alfred Obaliński (wspomnienie pośmiertne). Dra Rychlińskiego K.; Z kazuistyki psychiatrycznej. W *Medycynie* (Nr. 32): Dra Leśniowskiego: Alfred Obaliński (wspomnienie pośmiertne). Dra Gepnera B. (syna): W sprawie ropnego zapalenia łącznicy noworodków. Dra Sacewicza K.: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). W *Krytyce lekarskiej* (Nr. 8): Dra Kramsztyka Z.: Trudności klinicznego badania jaglicy. Dra Sterlinga W.: Z fizyologii i patologii muzyki (c. d.). W *Zdrowiu* (zeszyt 155): Dra Sterlinga S.: Czego nas uczy statystyka śmiertelności z powodu suchot płucnych. Dra Bulikowskiego S.: Jeszcze słów kilka o potrzebie upaństwowienia przepisów profilaktycznych, przeciwko gruźlicy skierowanych. Dr. Baron de Lenval: Postęp praktyki sanitarnej. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 32): Dra Higiera H.: Jak się zachowują zmysły właściwe przy znieczuleniu twarzy? Dra Rupperta H.: Z kazuistyki zabiegów operacyjnych przy zaniedbanem poprzecznem położeniu płodu.

Redakcya otrzymała:

— Sprawozdanie XVI z czynności Komitetu, zarządzającego Kasą im. Mianowskiego za r. 1897. Warszawa, 1898.

— Lista członków kasy im. Mianowskiego w roku 1897. Warszawa, 1898.

— Wspomnienie pośmiertne o członkach Komitetu zarządzającego Kasą imienia Mianowskiego, zmarłych w roku 1897. Warszawa, rok 1898.

— O przyznaniu nagród imienia Jakóba Natansona w 3-ciem czteroleciu. Warszawa, 1898.

— Sprawozdanie z działalności Towarz. kolonij letnich dla dzieci ubogich i słabowitych m. Warszawy za rok 1897.

— Dr. Glück Leopold: Mittheilungen aus der Abtheilung für Syphilis- und Hautkranke des Bosn-Herzog. Landesspitales in Sarajewo. Wiedeń, 1898.

— Dr. Zawadzki Józef: Pogotowie Ratunkowe w Warszawie i zagranicą, 1898.

— Program VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w Poznaniu w r. 1898.

— Zakłady ku podniesieniu zdrowotności w Poznaniu, 1898.

— Przewodnik po Poznaniu i okolicy z ilustracyami i planem, 1898 rok.

— Prof. Dr. Kleczyński J.: Statystyka m. Krakowa, 1898.

— Dr. Krokiewicz A.: Zur Erlich'schen Diazoreaction im Harne. Wiedeń, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków 20. Sierpnia 1898. Nr. 34.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej (epilepsyi Jacksona).

Podał

Prof. Dr. Jan Prus,

Dyrektor Instytutu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego.

(Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem we Lwowie dnia 10 czerwca 1898, a zapowiedzianego na Zjazd lekarzy i przyrodników, mający się odbyć w Poznaniu r. b.).

Zajmując się badaniem skutków wyłączenia fizyologicznej czynności wątroby, dokonanego przez wstrzyknięcie rozcieńczonego kwasu siarkowego do przewodu żółciowego i śledząc zachowanie się parcia krwi wśród wstrzykiwań, miałem sposobność spostrzegania napadów padaczkowych, które czasem w ciągu doświadczenia samoistnie występowały. Wobec tego, że otrzymane krzywe przedstawiające parcie krwi w przebiegu napadu padaczkowego nie zgadzały się w zupełności z obrazem, jaki François-Franck, Féré, Unverricht i inni podają, postanowiłem zbadać dokładnie zachowanie się parcia krwi w padaczce. Później atoli, im więcej sprawą tą się zajmowałem, rozszerzyłem znacznie pierwotny zakres mych badań, a nie zadowalniając się już tylko stwierdzeniem pewnych szczegółów, odnoszących się do parcia krwi, starałem się wniknąć we właściwą istotę padaczki.

Do badań w tym kierunku zachęciła mię i ta okoliczność, że na jedno z głównych pytań, tyczących się padaczki, a mianowicie na pytanie: „ubi est morbus?“ — nie mamy dotychczas jeszcze zgodnej odpowiedzi. Jak wiadomo Marshall-Hall, Schröder van der Kolk, Nothnagel i inni uważają za siedzibę padaczki rdzeń przedłużony, a mianowicie most Varola; natomiast Jackson, Fritsch i Hitzig, Ferrier, a przedewszystkiem Unverricht, który na Zjeździe internistów w Berlinie, rok temu właśnie, miał wykład o padaczce, dowodzą, że siedzibą tej choroby jest kora mózgowa, podczas gdy Binswanger, Ziehen, Jolly hołdują teoryi, tak zwanej mieszanej.

Że przez podrażnienie elektryczne kory mózgowej, zwłaszcza w zakresie sfery ruchowej, sprowadzić możemy typowy napad padaczkowy, o tem już chyba dziś nikt nie wątpi. Fakt ten stwierdzono także u człowieka (Bartholow). Również z pewnością nikt temu niema nic do zarzucenia, że napady wywołane przez podrażnienie kory mózgowej, nazwano padaczką korową (epilepsia corticalis, Rindenepilepsie) lub padaczką Jacksona. Czy jednak siedzibą tej, tak zwanej padaczki korowej, jest istotnie kora mózgowa, to jest pytanie, nad którem godzi się głębiej zastanowić. Jakkolwiek bowiem w padaczce korowej punktem wyjścia napadu jest niewątpliwie kora, to jednak siedziba głównego mechanizmu, któremu właściwie napad padaczkowy zawdzięcza swe powstanie, istnieć może w innych częściach układu nerwowego, — a nie w korze, — podobnie jak w napadzie padaczkowym, wywołanym przez podrażnienie nerwu kulszowego, mechanizm napadu nie mieści się wcale w nerwie kulszowym, chociaż nerw ten był punktem wyjścia padaczki.

Nasuwające się tu wątpliwości tem trudniej usunąć o ile nie wiemy dokładnie, po pierwsze: jakiemi drogami podrażnienie, wychodzące z pewnego miejsca kory mózgowej, przenosi się na inne części mózgu, rdzeń przedłużony i pacierzowy i uogólnia się tak, że dochodzi do wszystkich niemal mięśni prążkowanych i gładkich, a powtóre — o ile również nie wiemy, czy przykładając elektrody do kory mózgowej w zakresie sfery ruchowej, drażnimy wprost komórki ruchowe lub włókna ruchowe, czy też komórki względnie włókna czulne?

W przekonaniu, że rozwiązanie tych dwóch powyższych pytań przyczynić się może niepomiernie do wyświecenia patogenezy padaczki, postanowiłem przedewszystkiem wyśledzić, jaką drogą odbywa się przewodzenie padaczki korowej, oraz zbadać od podrażnienia jakichto pierwiastków w korze zależy napad padaczki?

Wobec tego, że według Unverrichta w korze mózgowej jest nietylko punkt wyjścia napadu padaczkowego, ale i właściwa siedziba padaczki i że podrażnienie jakiegoś punktu kory rozprzestrzenia się z jednostajną szybkością we wszystkich kierunkach po powierzchni kory, w kształcie kół współśrodkowych, należało w pierwszym rzędzie zbadać, czy droga przewodzenia i uogólniania się napadu padaczkowego jest istotnie powierzchnia kory mózgowej.

Dla dokładnego przedstawienia rzeczy niezbędnym jest krótki opis metody badania i skreślenie teoryi Unverrichta.

Unverricht, drażniąc prądem przerywanym rozmaite miejsca kory mózgowej psa i śledząc sposób powolnego uogólniania się napadu padaczkowego, zauważył, że kurcze padaczkowe pojawiają się najprzód w tych mięśniach, których ośrodek ruchowy w korze zadrażniono; następnie drgają te mięśnie, których ośrodki leżą tuż obok miejsca podrażnienia, poczem zaczynają kurczyć się te mięśnie, których ośrodki znajdują się w dalszym okręgu od punktu zadrażnienia, gdy wreszcie wszystkie już mięśnie po przeciwległej stronie drażnienia wzięły udział w napadzie padaczkowym, przenosi się on na drugą stronę ciała, rozpoczy-

nając się zawsze od kurczów w łapce tylnej i przechodząc następnie na łapkę przednią, a wreszcie na mięśnie głowy. Ze względu, że porządek, w którym poszczególne mięśnie wśród napadu padaczkowego w grę wchodzą, ma odpowiadać anatomicznemu ugrupowaniu ośrodków ruchowych w korze, określił Unverricht sposób uogólniania się napadu padaczkowego, a więc sposób, jak sądzi, rozszerzania się podniety w korze, mianem „prawa irradyacyi" w korze. Zdaniem Unverrichta, po wycięciu pewnych ośrodków ruchowych w korze, napady są zniekształcone, gdyż mięśnie, których ośrodki ruchowe wycięto, nie biorą udziału w napadzie padaczkowym. Po całkowitem zniszczeniu sfery ruchowej w jednej półkuli napady stają się najczęściej tylko jednostronne, jeżeli zaś pojawi się napad obustronny, to kurcze, występujące po stronie przeciwległej odnośnie do półkuli zniszczonej, są tylko wyrazem ubocznych przypadkowych drgań, czyli wyrazem tak zwanych kurczów wtórorzędnych. Po usunięciu sfery ruchowej z obu półkul mózgowych nie można żadną miarą wywołać napadu padaczkowego. Z miejsc kory mózgowej, leżących poza sferą ruchową, n. p. z płatu potylicznego, można czasem wywołać napad padaczkowy, jeżeli sfera ruchowa nie jest zniszczoną; trzeba atoli użyć w ogólności znaczniejszej siły prądu.

Na podstawie tego rodzaju doświadczeń twierdzi Unverricht, że kora mózgowa jest głównym narządem, który nietylko ma znaczenie dla powstawania napadów padaczkowych, lecz także dla dalszego ich rozwoju i uogólnienia się; że każdy zupełny napad padaczkowy składa się z dwóch części, które odźwierciadlają kolejne podrażnienie obu półkul mózgowych; że główny mechanizm napadu padaczkowego t. j. kurczów tężcowych (tonicznych) i drgawkowych (klonicznych) mieści się w korze, że drogą przewodzenia i uogólnienia się napadu padaczkowego jest kora mózgowa, i że to przewodzenie padaczki korowej odbywa się w korze według t. z. prawa irradyacyi. W myśl tej teoryi wyobraża sobie Unverricht, że przewodzenie padaczki w korze rozchodzi się po powierzchni kory podobnie, jak rozchodzą się fale po powierzchni wody z miejsca, do którego wrzucono kamień, a zarazem porównywuje korę osoby cierpiącej na padaczkę do powierzchni wody, korę zaś osób mniej skłonnych do napadu padaczkowego uważa za podobną do powierzchni piasku.

Jakkolwiek Unverricht opiera swe wywody na poważnej liczbie, bo przeszło 400 doświadczeń, to jednak jego tak zwane „prawo irradyacyi w korze" spotkać się musi z następującymi zarzutami:

1) Napady padaczkowe nie uogólniają się zawsze w ten sposób, jak to Unverricht podaje. Na tę okoliczność zwrócił już uwagę Binswanger, wykazując, że typ uogólniania się napadów, skreślony przez Unverrichta, zdarza się zaledwie w 35% przypadków padaczki. Również Bubnoff, Heidenhain i Ziehen zauważali odmienny sposób uogólniania się napadów padaczkowych. Na podstawie własnych doświadczeń powiedzieć mogę, że napady te nie uogólniają się według jakiegoś stałego prawa, a co więcej, że nawet w jednym i tym samym przypadku, mimo drażnienia ściśle pewnego tylko ośrodka ruchowego w korze, kurcze padaczkowe rozprzestrzeniają się często według odmiennego porządku, jak niemniej, że porządek kurczów drgawkowych (klonicznych), które zwykle po kurczach tężcowych (tonicznych) się zjawiają, nie licuje z porządkiem w jakim kurcze tężcowe wystąpiły. Dokładne spostrzeżenia kliniczne padaczki Jacksona wskazują również, że sposób uogólniania się drgawek padaczkowych jest najrozmaitszy, o czem sam w wielu przypadkach przekonać się mogłem. Wprawdzie Unverricht stara się wytłómaczyć te przypadki, które nie stosują się do jego prawa irradyacyi przypuszczeniem, że podnieta rozchodzi się wyjątkowo w pewnych kierunkach szybciej, to jednak tłómaczenie to zasługuje co najwyżej na nazwę teoryi pomocniczej.

2) Mimo zniszczenia pewnego ośrodka ruchowego w korze biorą udział w napadzie padaczkowym odpowiednie mięśnie, jeżeli tylko podrażniono korę mózgową dostatecznie silnie. Nawet po całkowitem prawie wyłuszczeniu jednej półkuli mózgowej pojawiają się najczęściej napady obustronne. Wprawdzie u niektórych psów, zwłaszcza u psów legawych, występują zwykle napady połowicze; zdarza się to atoli tak dobrze przed wyłuszczeniem jak i po wyłuszczeniu półkuli mózgowej. W tych więc przypadkach pojawienie się napadu jednostronnego po zniszczeniu jednej półkuli niczego jeszcze nie dowodzi. Unverricht stara się wytłómaczyć pojawienie się obustronnych drgawek, mimo zniszczenia jednej półkuli, przypuszczeniem, że w tych przypadkach występują t. zw. drugorzędne kurcze drgawkowe i tężcowe z powodu podrażnienia rdzenia pacierzowego, opierając się na spostrzeżeniu, że nawet po przecięciu odpowiedniej połowy rdzenia pacierzowego drgawki te nie ustają. Mojem atoli zdaniem słuszne to spostrzeżenie należy w inny sposób wytłumaczyć, jak to później wyłuszczę. — Jeżeli wśród napadu padaczkowego wytnie się całą sferę ruchową po obu stronach, to napad mimo tego przebiega dalej w sposób zwykły.

3) Po okrojeniu pewnego ośrodka ruchowego w korze i po zadrażnieniu okrojonej części kory, uogólnia się napad w ten sam zwykle sposób, jak przed okrojeniem. Gdyby więc przewodzenie padaczki korowej odbywało się w kierunku promieni, wychodzących z punktu podrażnienia, po powierzchni kory, to oczywiście nie mógłby się napad padaczkowy uogólnić. — Jeżeli cienką rurkę szklanną o średnicy 2 ctm. wciśnie się jednym końcem w głąb kory mózgowej tak, że w świetle rurki mieści się jakiś ośrodek ruchowy, i jeżeli następnie ośrodek tak odosobniony zadrażni się prądem przerywanym, to albo nie pojawi się wcale napad, albo też pojawia się napad padaczkowy uogólniający się w sposób zwykły, chociaż stan czynny podrażnionego ośrodka nie mógł się bez wątpienia przedostać przez ścianę rurki szklannej na sąsiednią część powierzchni kory mózgowej. — Jeżeli oddzieliłem płat potyliczny od płatu czołowego głębokim rowem, wypalonym przy pomocy termokauteru Paquelina i jeżeli następnie zadrażniłem prądem elektrycznym płat potyliczny, występował zwykle typowy napad padaczkowy, uogólniający się według tego samego porządku, jak przedtem.

4) Badając zachowanie się stanu czynnego w korze mózgowej wśród napadu padaczkowego bądźto zapomocą galwanometru, w sposób, jak to czynili Prof. Cybulski i Beck, bądź też za pomocą przykładania na korę świeżo wyciętego nerwu kulszowego, pozostającego w związku z mięśniami łapki żaby, przekonałem się, że wsteczne wahanie igły magnetycznej, a względnie kurcze łapki żabiej (drgawkowe i tężcowe) czasem istotnie się zjawiały, częściej atoli

otrzymywałem wyniki, wskazujące na brak istnienia stanu czynnego w korze mózgowej w zakresie sfery ruchowej wśród napadu padaczkowego. Skoro więc wśród najsilniejszych nawet kurczów padaczkowych stałych, a zwłaszcza drgawkowych brak jest stanu czynnego w korze mózgowej w zakresie sfery ruchowej, to zaiste trudno przypuścić, aby przewodzenie padaczki korowej, t. j. przewodzenie stanu czynnego, odbywało się po powierzchni kory mózgowej, — a tem mniej, by siedzibą padaczki, tej burzy, jak się Unverricht wyraża, szalejącej w zakresie układu nerwowego, była kora mózgowa.

Zarzuty powyższe wystarczają w zupełności do wykazania, że tak zwane „prawo irradyacyi w korze“ nie wytrzymuje krytyki i że przewodzenie padaczki korowej nie odbywa się po powierzchni kory mózgowej w kształcie kręgów współśrodkowych.

Przekonawszy się, że kora mózgowa nie odgrywa czynnej roli w uogólnianiu się napadu padaczkowego, tj. w przewodzeniu padaczki korowej, zająłem się szczegółowo pytaniem, czy drogami przewodzenia padaczki korowej są drogi piramidalne?

Przyznam się otwarcie, że stawiając sobie to pytanie byłem najgłębiej przeświadczony o ważności dróg piramidalnych dla przewodzenia tej podniety, przy pomocy której z kory wywołujemy z taką łatwością napad padaczkowy. Wszak drogi piramidalne, to drogi *par excellence* ruchowe, po których podnieta, działająca na sferę ruchową kory, przenosi się na rdzeń przedłużony i pacierzowy! Chcąc jednak z całą ścisłością odpowiedzieć na powyższe pytanie, przedsięwziąłem szereg dość mozolnych, a pod względem techniki operacyjnej trudnych doświadczeń, w których przecinałem drogi piramidalne po jednej stronie ciała, a mianowicie: 1) w torebce wewnętrznej (capsula interna), 2) w szypułce mózgowej (pedunculus cerebri), 3) w moście Varola, 4) w piramidach i 5) w rdzeniu pacierzowym. Doświadczenia wykonywałem wyłącznie na psach, przywiązanych na stoliku wiwisekcyjnym Klebsa, przez co był umożliwionym nietylko swobodny dostęp od strony grzbietu i od strony brzusznej, lecz także spostrzegać mogłem najdokładniej każdy ruch w jakiejkolwiekbądź części ciała. Aby nie zmienić pobudliwości kory mózgowej, musiałem oczywiście wszystkie doświadczenia wykonywać bez usypiania zwierzęcia.

1) Po przecięciu torebki wewnętrznej, według metody Dureta i Veyssièrea i po zadrażnieniu prądem przerywanym odsłoniętej kory mózgowej psa w zakresie sfery ruchowej, występowały napady padaczkowe uogólniające się mniej więcej w podobny sposób, jak przed przecięciem torebki wewnętrznej, bez względu na to, czy drażniłem korę po stronie przecięcia, czy po stronie przeciwległej.

2) Aby przeciąć drogi piramidalne w szypułce mózgowej (pedunculus cerebri), postępowałem w sposób następujący: Wykonawszy u psa tracheotomię, przecinałem mięśnie języka, przyczepiające się do szczęki dolnej po jednej stronie, a następnie wydobywałem język z jamy pyskowej przez otwór rany w ten sposób, że po przecięciu kości gnykowej i mięśni, w tejże okolicy się znajdujących, oraz po podłużnem rozcięciu górnej części przełyku i podniebienia miękkiego, torowałem sobie dostęp do podstawy czaszki, t. j. do trzonu kości potylicznej i klinowej. Przy pomocy odpowiedniego trepanu robiłem otwór w trzonie kości klinowej, wypiłowywując siodełko tureckie (sella turcica), poczem przez ostrożne przecięcie twardej opony, odsłaniałem szypułkę mózgowa (pedunculus cerebri).

Po przecięciu środkowej części szypułki mózgowej t. j. tej części, w której mieszczą się drogi piramidalne, jak niemniej po przecięciu całej szypułki mózgu, a więc nie tylko dróg piramidalnych, ale także dróg biegnących od płatu czołowego, skroniowego i potylicznego do mostu Varola (frontale Brückenbahn, temporo-occipitale Brückenbahn) i po zadrażnieniu kory, pojawiały się napady padaczkowe obustronne, bez względu na to, czy drażniłem korę po stronie przecięcia, czy po stronie przeciwległej.

3) Połowicze przecięcie mostu Varola, bądź to w górnej, bądź też w środkowej lub dolnej części, nie przeszkadza pojawieniu się kurczów padaczkowych obustronnych po zadrażnieniu którejkolwiek półkuli mózgowej. Dodać winienem, że most Varola oraz piramidy odsłaniałem w podobny sposób, jak szypułkę mózgową, z tą tylko różnicą, że otwór trepanacyjny robiłem w trzonie (pars basilaris) kości potylicznej.

4) Przecięcie jak niemniej wycięcie jednej piramidy na znaczniejszej przestrzeni niema żadnego wpływu na przebieg napadów padaczkowych.

5) Przecięcie sznurów bocznych rdzenia pacierzowego, oraz zupełne przecięcie jednej połowy rdzenia pacierzowego w którejkolwiekbądź wysokości, nie przeszkadza pojawieniu się obustronnych kurczów padaczkowych.

Z powyższych doświadczeń wynika, że jednostronne zniszczenie dróg piramidalnych nie przeszkadza uogólnieniu się napadu padaczkowego i to nietylko po zadrażnieniu przeciwległej półkuli mózgowej, ale także po zadrażnieniu kory po stronie przecięcia dróg piramidalnych.

Pragnąc wytłómaczyć sobie tego rodzaju wynik mych doświadczeń, przypuścić musiałem, że u psa istnieje albo obustronne unerwienie w korze mózgowej dla wszystkich mięśni ciała i że podrażnienie kory przenosi się przez włókna komisuralne najprzód na drugą półkulę, w razie przerwy drogi piramidalnej po stronie drażnienia, — albo też, że przewodzenie padaczki korowej, w razie przerwania drogi piramidalnej po jednej stronie, odbywa się inną, bliżej nieznaną mi, drogą odśrodkową, mianowicie ruchową.

Celem rozstrzygnięcia, które z tych przypuszczeń jest słuszne, należało zniszczyć drogi piramidalne równocześnie po obu stronach. Po obustronnem zniszczeniu dróg piramidalnych, otrzymałem wyniki następujące:

1) Przecięcie dróg piramidalnych w obu szypułkach mózgowych, jak niemniej przecięcie obu szypułek mózgowych, a więc przerwanie dróg nietylko piramidalnych, ale także dróg biegnących od płatu czołowego, skroniowego i potylicznego do mostu Varola, nie przeszkadza pojawieniu się obustronnego napadu padaczkowego po zadrażnieniu kory mózgowej.

2) Poprzeczne przecięcie mostu Varola bądź to w górnej, bądź też w środkowej lub dolnej

części, sięgające od strony mostu, zwróconej ku podstawie czaszki, tak daleko w głąb mostu, że drogi piramidalne na pewne były przerwane, nie wstrzymuje pojawienia się napadów padaczkowych obustronnych po zadrażnieniu którejkolwiek półkuli mózgu.

3) Zupełne przecięcie obu piramid, a nawet wycięcie obu piramid na znaczniejszej przestrzeni, nie przeszkadza pojawieniu się napadu padaczkowego po zadrażnieniu kory mózgowej.

Wobec tego, że obustronne zniszczenie dróg piramidalnych nie przeszkadza pojawieniu się napadu padaczkowego obustronnego, t. j. nie przeszkadza przeniesieniu się podniety z kory mózgowej aż do mięśni, nie ulega najmniejszej wątpliwości, że drogi, po których przewodzenie padaczki korowej w przypadku obustronnej przerwy dróg piramidalnych się odbywa, leżą poza obrębem dróg piramidalnych, oraz poza obrębem dróg t. zw. mostowych (Brückenbahnen). Drogi te, oczywiście ruchowe, nazwijmy dla odróżnienia od dróg piramidalnych i mostowych **drogami pozapiramidalnemi** (Extra-Pyramidenbahnen).

Z tego atoli nie wynika jeszcze, że drogi piramidalne w prawidłowych warunkach, t. j. wtedy, gdy są nietknięte, nie przewodzą do rdzenia przedłużonego i pacierzowego tej podniety, która z kory mózgowej wychodząc, wywołuje napad padaczkowy; możliwą bowiem jest rzeczą, że w prawidłowych warunkach podnieta z kory przenosi się albo równocześnie drogami piramidalnemi i drogami pozapiramidalnemi, albo też z reguły tylko drogami piramidalnemi, i że dopiero wyjątkowo, a mianowicie dopiero po zniszczeniu dróg piramidalnych, wchodzą w grę drogi pozapiramidalne w charakterze dróg zastępczych.

Aby więc stanowczo rozstrzygnąć pytanie, czy nietknięte drogi piramidalne pośredniczą w przewodzeniu padaczki korowej, a co dotychczas uchodzi za pewnik, należało w następnych doświadczeniach nie naruszać wcale dróg piramidalnych, a natomiast przeciąć drogi pozapiramidalne. Nie znając atoli przebiegu dróg pozapiramidalnych, musiałem do tego rodzaju doświadczeń obrać tę część ośrodkowego układu nerwowego, w której na małej stosunkowo przestrzeni mieścić się muszą obie kategorye tych dróg ruchowych. Śródmóżdże (mesencephalon) spełnia najlepiej ten warunek. Tu bowiem drogi piramidalne przebiegają w części podstawowej śródmóżdża, t. j. w szypułkach mózgowych, podczas gdy drogi pozapiramidalne mieścić się muszą oczywiście powyżej szypułek (a mianowicie albo w *substantia nigra* albo w *tegmentum*).

Doświadczenia wykonywałem w sposób następujący: odsłoniwszy u psa kość potyliczną, robiłem w jej środku otwór dostatecznie wielki, aby mieć należyty dostęp do móżdżku, odsłaniając tym sposobem dno czwartej komórki aż do wzgórków czworaczych. Przekonawszy się, że zniszczenie nawet całkowite móżdżku niema żadnego wpływu na przebieg napadu padaczkowego, przecinałem poprzecznie śródmóżdże w wysokości wzgórków czworaczych tylnych do różnej głębokości nie naruszając atoli bynajmniej dróg piramidalnych, ani też dróg mostowych. Poczem drażniłem korę mózgową w zakresie sfery ruchowej i śledziłem jaki skutek sprowadza to podrażnienie.

Wynik tego rodzaju doświadczeń był dla mnie wprost niespodziewany: okazało się, że po poprzecznem przecięciu górnej części śródmóżdża, przyczem dróg piramidalnych, ani mostowych bynajmniej nie naruszałem, nie można wywołać napadu padaczkowego przez drażnienie kory mózgowej, nawet przy użyciu najsilniejszych prądów, jakkolwiek wśród drażnienia ośrodków ruchowych w korze istnieje wyraźny skurcz odpowiedniej gromady mięśni, bądź w przedniej lub tylnej łapce, bądźteż w zakresie nerwu twarzowego. Z chwilą zaprzestania drażnienia kory ustępuje natychmiast wspomniany skurcz mięśni, czyli innemi słowy skurcze mięśni trwają tylko tak długo, jak długo trwa drażnienie kory. Wśród tych doświadczeń zwierzę nie traci ani na chwilę przytomności.

Wynik powyższych badań doświadczalnych streścić mogę w następujących zdaniach:

1) drogi piramidalne oraz drogi t. zw. mostowe w przewodzeniu padaczki korowej nie biorą żadnego udziału;

2) przewodzenie padaczki korowej odbywa się za pośrednictwem odśrodkowych (centrifugal) dróg ruchowych, które leżą poza obrębem dróg piramidalnych i dróg mostowych, a które nazwałem drogami pozapiramidalnemi;

3) drogi ruchowe pozapiramidalne przebiegają w górnej, t. j. grzbietowej, części śródmóżdża (w *tegmentum* albo w *substantia nigra*).

(Dokończenie nastąpi).

II. O związku dermatologii z medycyną

Wykład wstępny, wypowiedziany przy otwarciu kliniki skórno-kiłowej w Uniwersytecie lwowskim w dniu 25 maja 1898 r.

przez

Prof. Dra Włodzimierza Łukasiewicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

W dzisiejszej medycynie zapanowała nauka o drobnoustrojach. Najnowsze badania wykazały, iż przy zakażeniach nimi powstają chemiczne trujące istoty. Nietylko drobnoustroje same wytwarzają ciała trujące, lecz także tkanki chore, oraz powstające w czasie choroby ciała chemiczne, w rodzaju fermentów, wytwarzają najrozmaitsze trucizny. Te chemiczne istoty sprowadzają miejscowo zwyrodnienie lub zapalenie a dostawszy się do krwiobiegu, gorączkę i ogólne toksyczne działanie. Próby Kocha, podjęte z tego powodu, dla zwalczania prątka gruźliczego przy zwykłym wilku skóry, jakkolwiek nie uwieńczone wynikiem, odpowiadającym genialnemu odkryciu, na którem się oparły, to jednakowoż zachęciły do dalszej pracy w tym kierunku. Zasadniczo bowiem nader blisko leży zwalczanie chemiczne antytoksycznemi istotami kiły, trądu, twardzieli, rzeżączki itd.

Z działaniem chemicznem całej gromady środków chemicznych liczyć się będziemy również w etyologii i terapii wielu chorób skórnych. Ztąd wynika nieodzowność wiedzy chemicznej dla licznych zagadnień dermatologicznych, zwłaszcza, iż poznaliśmy świeżo w zakażeniach reakcyę organizmu, polegającą na zmianach w cieczach tkanek (Gewebs-

flüssigkeiten), w czasie przebiegu i po przebyciu chorób zakaźnych. Behring bowiem wykazał, iż krew i surowica u sztucznie uodpornionych zwierząt posiada własności odtruwające.

Narząd skórny, przez swoje zewnętrzne położenie, dozwala nam spostrzegać bezpośrednio zmiany chorobowe, w nim odgrywające się, podczas gdy w innych narządach dopiero z rozmaitych danych wysnuwać musimy wnioski o rodzaju zmian chorobowych. Ten wzgląd umożliwia większą dokładność w rozpoznaniu i leczeniu. Jakość postaci chorobowej poznajemy już gołem okiem, a dosadniej jeszcze przez ułatwione badanie drobnowidowe. To nie odosabnia jednakowoż schorzeń skóry od chorób innych narządów. Wiemy wprawdzie dzisiaj z wszelką pewnością, iż wiele chorób skórnych może przebiegać bez najmniejszych innych zaburzeń w ustroju, jak n. p. wyprysk, świerzbiączka, strupień woszczynowaty (favus), łupież pstry (pityriasis versicolor), liszaj wyłysiający (herpes tonsurans) i w. i. Lecz wiemy również, jak rozliczne schorzenia narządów wewnętrznych usposabiają do chorób skórnych, lub nawet je wywołują. Wymienię tu niedokrewność, blednicę, bielicę, cukrzycę, dnę, oksaluryę, fosfaturyę, dalej schorzenia przewodu pokarmowego, wątroby i nerek, nowotwory narządów wewnętrznych i t. d. Ile i jak uporczywych schorzeń skórnych one sprowadzają, będziemy mieli sposobność niemal codziennie przekonywać się o tem. Jeżeli przypatrzymy się tak częstej pokrzywce, to w wielu przypadkach stwierdzimy jej przyczynę w zaburzeniach trawienia, szczególnie zaś po użyciu rozlicznych pokarmów. Wiemy dalej, że częstokroć schorzeniom narządów wewnętrznych towarzyszą powikłania chorób skóry, jak się wikła n. p. gościec stawowy z rumieniem wielopostaciowym i krwawiączką.

Wielu dermatologów, zwłaszcza zaś Bärensprung, Hebra, Kaposi, Schwimmer, Max Joseph, poprzednik mój na katedrze w Innsbrucku, Jarisch i inni, przyczynili się do wyjaśnienia całej gromady nerwic skórnych, które podzielić można na naczynioruchowe (Angioneuroses), odżywcze (Trophoneuroses) i nerwice bez zmian anatomicznych (Idioneuroses). Nie idzie jednak za tem, aby zmiany znalezione w narządzie nerwowym zostawały zawsze w związku z towarzyszącemi im schorzeniami skórnemi. W takich razach powiedzmy raczej, iż nie znamy przyczyny wielu schorzeń, niż mielibyśmy pokrywać naszą nieświadomość, mówiąc o nerwowej, naczynioruchowej lub odżywczej istocie choroby, skoro takowa nie jest naukowo stwierdzoną. Poznaliśmy nie tylko półpasiec, świerzbiączkę, rozmaite odmiany świądu, łysinę plackowatą (alopecia areata), *glossy skin*, zboczenia w gruczołach wydzielających, wywołane schorzeniem nerwów, lecz ponadto jeszcze nerwową postać trądu, w której zmiany skórne zależą od zajęcia nerwów. Ogólnie znanemi, lecz domagającemi się jeszcze dokładniejszego zbadania, są choroby układu nerwowego skutkiem kiły.

Podobnie jak dla wewnętrznej medycyny można wykazać ważność naszej nauki dla chirurgii i odwrotnie. Od czasu zaprowadzenia postępowania przeciwgnilnego lekarze i leczeni bywają narażeni częstokroć na wielce szkodliwe działanie na skórę karbolu, sublimatu, jodoformu i t. d. Wyprysk, wywołany tymi środkami chemicznymi, ustępuje nadzwyczaj łatwo przy odpowiedniem leczeniu. Niestety, widujemy tak często sztuczne wypryski tego rodzaju w najopłakańszym stanie, a to li tylko z powodu bezcelowego, a drażniącego leczenia. Zasady bezgnilnego leczenia szerzyła między lekarzami już dawno przed naszą dzisiejszą erą szkoła dermatologiczna wiedeńska (Hebra, Sigmund). Zastanawiając się dalej nad stosunkiem dermatologii do chirurgii, podnieść muszę ważność rozpoznawczą przy tak podobnych klinicznie sprawach, jak są z jednej strony n. p. kilaki, rozliczne postacie gruźlicy skórnej (wilk zwykły, gruźlica prosówkowa przyostra, g. brodawkowa, *scrophuloderma*), dalej trąd guzowaty, guzy bielicowe, choroba Aliberta, twardziel, — a z drugiej strony rozliczne nowotwory, których całą mnogość, a częstokroć i odrębność, w skórze przeważnie badania dermatologów wyświeciły. Od szybkiego, a dokładnego rozpoznania zależy kierunek leczenia. Tak terapia przeciwkiłowa jak stósowne rękoczyny mogą ratować poszczególne narządy, a nawet cały ustrój, lecz wtedy tylko, gdy są zastósowane we właściwym czasie i istotnej potrzebie, a zatem przy prędkiem a uzasadnionem rozpoznaniu. Wiele schorzeń skórnych uzdrawia jedynie leczenie chirurgiczne. Wilka rumiennego, trądzik (acne vulgaris et rosacea) usuwamy przez nasiekanie skóry (skaryfikacyę). Gruźlicę skórną leczymy najdokładniej przez chirurgiczne usunięcie ognisk chorobowych, podobnie jak to ma miejsce w rozlicznych nowotworach skóry. Prawo obywatelstwa w leczeniu dermatologicznem uzyskała metoda przeszczepiania (transplantacyi) Thierscha. W dziedzinę leczenia chirurgicznego wkracza również stósowanie przez nas termokauteru, elektrolizy, licznych wstrzykiwań podskórnych, rozmaitych opatrunków, np. świetnie działających na wrzody żylakowe opatrunków z kleju cynkowego. Leczymy kiłę i rzeżączkę w różnych okresach rękoczynami, a złudnymi byłyby wyniki traktowania dymienic, bez obznajomienia się z anatomią topograficzną i chirurgią.

W dalszym ciągu w związku ze zmianami w skórze pozostają prawidłowe i chorobowe objawy w narządach rodnych. Choroby narządu płciowego wywołują lub częstokroć pogarszają cierpienia skóry, jakkolwiek rzadko rzecz się ma odwrotnie. Rumienie, wypryski, wągry, pokrzywka, półpasiec, zmiany barwikowe, rozliczne objawy świądu, zwłaszcza części płciowych, mogą wystąpić w czasie miesiączkowania, ciąży lub przy schorzeniach macicy i tkanek sąsiednich. Krwotoki skórne mogą występować też zastępczo, w miejsce miesiączki. Börner zwrócił uwagę na obrzęki skórne w czasie miesiączkowania i okresu przejściowego (klimakteryum). Znane są przypadki, gdzie usunięcie chorego jajnika uleczyło doszczętnie najuporczywszą pokrzywkę. Podobnie znikały inne przewlekłe choroby skórne, po pomyślnem leczeniu narządu płciowego. Nie bez wpływu na ciążę pozostają ostre osutki: odra, płonica i ospa, również kiła i rzeżączka. W połogu często występują nader rozległe wypryski, skutkiem podrażnienia skóry środkami przeciwgnilnymi. Rzadko, lecz niemal jedynie u położnic, spostrzegał Kaposi chorobę, opisaną przez niego pod nazwą liszaja pełzającego (impetigo herpetiformis). Wpływ kiły na ciążę i poród jest aż nadto dobrze znanym, abym się nad nim tu zastanawiał. O ile jednak matka i płód są narażeni na zakażenie w rozmaitych okresach kiły, sprawa ta pozostaje jeszcze do dokładnego wyświecenia przez wspólną pracę przedstawicieli obu, w mowie będących, gałęzi. Podobnie rzecz się ma z kiłą dziedziczną późną (lues hereditaria tarda) autorów francuskich,

którą wedle moich dotychczasowych spostrzeżeń, uważam raczej za nabytą kiłę w dziecięctwie, a przeoczoną częstokroć w pierwszym jej okresie. Rozpowszechnienie wiadomości z zakresu kiły i chorób skórnych między lekarzami zapobiedz by mogło częstemu ich zakażaniu się, zwłaszcza w praktyce ginekologicznej. Z drugiej strony zmniejszyłaby się wskutek tego wysoka liczba zakażeń noworodków i dzieci przez kiłowate mamki i chorą służbę. Żadne inne odkrycie nie zrobiło w ginekologii tak wielkiego przewrotu, jak odkrycie zarazka rzeżączki przez dermatologa Neissera. Słowa te wypowiedział ginekolog wiedeński Schauta w r. 1892, na międzynarodowym Kongresie dermatologów w Wiedniu. Tysiące nieuleczalnych przypadków ginekologicznych stało się uleczalnymi przez to wyświecenie ich przyczyny. Mimo to jednak nie wiele dotąd zdziałano, aby zapobiedz szerzeniu się tak groźnej, a tak bardzo rozpowszechnionej rzeżączki, chociaż zużywają się sumy na środki zapobiegające innym chorobom.

Zastanawiając się dalej, stwierdzamy, że istnieje wielka liczba schorzeń skóry, powikłanych z zajęciem narządu wzrokowego i słuchowego. Wspomnę tylko o wyprysku, wilku zwykłym i rumiennym, twardzieli itd., które zwykły się rozprzestrzeniać ze skóry na rzeczone narządy. Dermatologia wykazała, iż cierpienie, uważane przedtem za wyprysk złożowaty, a najczęściej powikłane z zapaleniem limfatycznem spojówek, jest tylko następstwem wszawicy (pediculosis). Wszakżeż bąblica może równie jak rumień wielopostaciowy rozpocząć się na spojówce, a w dalszym ciągu zająć i ucho. Rozliczne schorzenia kiłowe obu tych narządów sprawiły, iż posiadamy o nich całą literaturę.

Że na błonach śluzowych jamy ustnej, nosa, krtani, tchawicy i oskrzeli usadawiają się liczne choroby, właściwe skórze, a w pierwszym rzędzie kiła, o tem przekonuje na każdym kroku praktyka laryngologiczna.

Znaczenie dermatologii dla sądowej medycyny wynika już z tego względu, iż dermatolog może najczęściej obyć się bez wywiadów, zamiast być przez chorego w błąd wprowadzony. Lekarz obeznany dokładnie z dermatologią potrafi z objawów skórnych oznaczyć nie tylko rodzaj, lecz także czas trwania, a nawet nie rzadko i przyczynę choroby, co jest nader ważnem w praktyce sądowej.

Z tego istotnego związku dermatologii z innemi gałęziami wiedzy lekarskiej dosadnie uwydatnia się jej ważność dla dokładnego wykształcenia lekarskiego, zwłaszcza, co śmiało możemy twierdzić, że żadna z gałęzi wiedzy lekarskiej nie prześcignęła dermatologii, która, co do leczniczych postępów, li tylko z chirurgią współzawodniczyć może. Mimo tego największa część lekarzy, którzy kończą nauki w Austryi, jest mało obeznaną z dermatologią i syfilidologią, skutkiem wadliwych przepisów rygorozalnych. Dowodem tego, iż wszędzie, gdzie kursa dla lekarzy się odbywają, tam na kursa naszego przedmiotu uczęszcza najwięcej lekarzy. Doświadczyłem tego sam, będąc asystentem w klinice wiedeńskiej, gdzie miałem sposobność lekarzom, przybywającym ze wszystkich stron świata, wpajać zasady dermatologii. Przy tem dopomagał mi w części i materyał kliniczny z kraju naszego, szukający licznie porady w lepiej urządzonych szpitalach tamtejszych. Tak samo dzieje się w Paryżu, Berlinie, Wrocławiu i Bonn, gdzie kliniki dermatologiczne odpowiadają w całej pełni dzisiejszemu stanowisku nauki. Nawet, jeżeli choroby skórne wyłączymy i będziemy je uważali jako „specyalność“, w każdym razie nie podrzędniejszą n. p. od okulistyki, to jednakowoż z chorobami wenerycznemi powinien być każdy lekarz najdokładniej obeznanym. Tak kiła i wrzód miękki, jak rzeżączka, są tą gałęzią nauki lekarskiej, której poznanie jest nieodzowne dla ogółu lekarzy, a nie można je sobie wyobrazić, jako wyłączone z medycyny. Wszakże nauka o kile, jak starałem się to wykazać, stoi w takiej łączności z całą medycyną, iż żadna jej gałęź obyć się nie może bez wiadomości dokładnych o kile. Wreszcie ogólny interes higieny wymaga, aby wszyscy lekarze mieli dokładne wiadomości o kile.

Kiła i rzeżączka, to są choroby ludowe w ścisłem znaczeniu tego słowa, szczególnie kiła, a to tem więcej, iż ona rozpowszechnia się nie tylko drogą płciową, lecz i rozlicznymi innymi sposobami. Przy wyszukaniu mamki, szczepieniu, ubezpieczeniu na życie lub od wypadków, wreszcie w kasach chorych, wszędzie odgrywa nader ważną rolę rozstrzygnięcie, czy ma się do czynienia z kiłą, czy też nie. Iluż to zakażeniom może tu zapobiedz wczesne i pewne rozpoznanie lekarza? Zastanawianie się nad doniosłością rzeżączki zaprowadziłoby w tej chwili za daleko. Wszakżeż niemal wszystkie wybitniejsze towarzystwa lekarskie często w ostatnich czasach zwracały uwagę na niebezpieczeństwa wynikające z tej choroby i konieczność zapobiegania i doszczętnego jej leczenia.

Czem rzeczone choroby są dla armii, to wykazała statystyka, a opierając się na niej, Töply dochodzi do wniosku, że armia, gdyby miała nawet corocznie stoczyć potyczkę, nie straciłaby przez śmierć i kalectwa tak wiele sił, jak ich ubywa w wojsku corocznie przez choroby weneryczne. Jest to rzeczywiście wyniszczająca wojna dla armii, tem straszniejsza, iż tak cicho i podstępnie, a przecież groźnie się sroży.

Tem dziwniejszą wydaje się nam obojętność państw i krajów w obec tych przewlekłych a rozwielmożniających się ludowych zaraz, iż środki, na ten cel użyte, opłaciłyby się sowicie. Wielka część kosztów leczenia odpadłaby przy lepszem zapobieganiu, szybkiem rozpoznawaniu i odpowiedniem umieszczaniu tych chorych. Natomiast olbrzymim byłby zysk na siłach roboczych. Lecz wszystkie usiłowania, by powstrzymać szerzenie się chorób wenerycznych, muszą się zacząć od dokładnego pouczenia lekarzy w tej dziedzinie. Względy higieniczne i policyjno-sanitarne wkładają więc na państwo obowiązek starania się o wykształcenie lekarzy w tym kierunku; ci powinni też złożyć dowody nabytych wiadomości. Państwo zaś może do tego doprowadzić, zmuszając lekarzy do uczęszczania do klinik specyalnych, odpowiednio uposażonych, nakładając obowiązek składania egzaminu z tego przedmiotu. W tym względzie przodują Francya, Włochy, Rosya, Ameryka; lecz i w naszej monarchii uznano potrzebę i ważność dermatologii, skoro ustanowiono i katedry zwyczajne tego przedmiotu. Niestety przygotowania bar. Gautscha, aby w nowym porządku rygorozów dermatologia i syfilidologia stały się obowiązkowemi, poszły przez zbieg wypadków w odwłokę, oby tylko w niezbyt długą.

Opierając się na wyłuszczonych zapatrywaniach, rozpoczynam systematyczną naukę, a podnoszę jeszcze, że klinika dermatologiczna jest najlepszą kliniką przygotowawczą,

gdyż, jak wspomniałem, daje nam sposobność naocznego poznawania zmian, o których istnieniu w innych narządach dopiero za pomocą skombinowanych metod badania wnioskować możemy.

III. Oceny i sprawozdania.

Surowica przeciwbłonicza w świetle rozpraw w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem.

(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Celem wyjaśnienia zamąconej zarzutami Kassowitza sprawy o wartości surowicy przeciwbłoniczej, urządził miesięcznik wiedeński *Die Heilkunde* (Z. 10, R. 1898) rodzaj ankiety, w której zabrali głos Escherich, Baumgarten i Baginsky. Ten ostatni ogłosił nadto w tej sprawie cięty artykuł w *Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 27, 1898.

W ankiecie pierwszy zabrał głos Escherich. Zaznacza on najpierw, że Kassowitz już po raz drugi występuje przeciw surowicy; kiedy jednak przed kilku laty mógł powołać się na cały zastęp klinicystów „niezastrzykujących“, to obecnie stosunki zmieniły się, przerzedziła się znacznie liczba przeciwników. Wielu bowiem klinicystów i kierowników oddziałów, w pierwszej chwili surowicy przeciwnych, zmieniało swe zdanie, widząc znakomite wyniki leczenia surowicą. Escherich przypuszcza, że i Kassowitz zmieniłby zdanie, gdyby swoje wywody opierał na spostrzeżeniach poczynionych na odpowiednim materyale klinicznym; niestety, zadawalnia się on wyszukiwaniem sprzeczności w odnośnej literaturze, a własne skąpe spostrzeżenia opiera na chorych polikliniki.

W ocenieniu wartości jakiegoś środka leczniczego niewątpliwie wielką rolę odgrywa statystyka, większą jednak spostrzeganie kliniczne. Na liczby, tworzące statystykę, wpływają między innemi tak zmienne czynniki, jak: zapatrywania lekarza, ciężkość epidemii i t. d.; dlatego też nie można bezwzględnie opierać się na liczbach, a punkt ciężkości w rozstrzygnięciu tej sprawy należy przenieść na ważną w tym razie podstawę doświadczalną i na wyniki spostrzegania klinicznego. Nikt nie szuka dowodów na swoiste działanie chininy w zimnicy w liczbach statystycznych; wszystkim wystarcza w tym razie obserwacya kliniczna i stwierdzona jej skuteczność. Z podniesionych wprost przeciwko sobie zarzutów roztrząsa Escherich najpierw sprawę przyjmowania większej liczby chorych na oddział błoniczy szpitala w Gracu. Rzeczywiście w IV kwartale r. 1894 przyjęto większą liczbę chorych na ten oddział, ale zwiększenie to liczby chorych nie może wcale — oto jest główny zarzut Kassowitza — wchodzić w rachubę w obliczeniach odsetkowych śmiertelności. Escherich bowiem, tak w czasach przedsurowiczych jak i później, rozróżnia: I przypadki lekkie (ograniczone), II powikłane dławcem i III przypadki ciężkie septyczne, a w ocenianiu wyników śmiertelności, tak dawniej jak i teraz, porównywa z sobą przypadki podobne.

Przez przyjmowanie większej liczby chorych wzrosła gromada pierwsza, przypadków lekkich, ale nie na tych przypadkach opierał się E., podnosząc zalety surowicy; najwybitniejszą różnicę, przemawiającą na korzyść surowicy, zauważył w gromadzie drugiej, gdzie odsetek wyleczenia podniósł się z 44·6% na 61%. Prawdopodobnie na zwiększenie się ilości przypadków lekkich wpływa i ta ważna okoliczność, że przypadki lekkie pozostają obecnie lekkimi, nie przechodzą, jak to dawniej się trafiało, w przypadki septyczne. Wyniki lecznicze ciężkich postaci błonicy nie wiele się zmieniły na lepsze; spodziewać się jednak należy, że i tutaj osiągnąćby można znaczną poprawę, gdyby przypadki te dostawały się wcześniej do leczenia; niestety, te postacie błonicy przebiegają bez gorączki, bez bólów tak, że dopiero rozpad w jamie ustnej i ztąd pochodzący *foetor ex ore*, zwraca uwagę rodziców na rodzaj cierpienia, lecz wtedy i na leczenie surowicą już jest zapóźno. Z zestawienia przyczyn śmierci przypadków Eschericha wynika, że obecnie większy odsetek dzieci umiera z porażeń, jak dawniej [przed surowicą 7·7%, przy surowicy 18·29%]; ale nie można z tej okoliczności kuć broni przeciwko surowicy, przydarza się to bowiem w tych przypadkach, w których surowicę zastósowano późno, gdy już wystąpiły znaczne zmiany w istocie nerwowej.

Przypisując wielkie znaczenie spostrzeganiu przebiegu błonicy dawniej a teraz, stwierdza Escherich, że surowica działa na ustrój w korzystny sposób przez ogólne podniesienie sił; jej działanie jest powolne, zbliżone do tego, w jaki się odbywa naturalne uodpornienie ustroju; w przeciwieństwie do działania np. antypiryny, antyfebryny, jest to jej wielka zaletą. Niestety i działanie surowicy ma swój kres: już sam warunek wczesnego wstrzykiwania wyklucza wiele przypadków od korzyści tego sposobu; w wielu przypadkach przyczyną ujemnego wyniku jest sama istota choroby, niezupełnie też odpowiedziały oczekiwaniom zastrzykiwania ochronne.

Dlatego, zdaniem Eschericha, Baginsky poszedł za daleko, twierdząc, że obawa przed błonicą, dziś tak się zmniejszyła, jak zmniejszyła się obawa przed ospą, pod wpływem szczepienia. Tych dwóch spraw porównywać nie można, chociaż stykają się one w jednym punkcie, t. j. w tym, że tak tu jak i tam, mimo statystyk, liczb i innych niezbitych dowodów skuteczności surowicy, znachodzą się jej zatwardziali przeciwnicy.

Drugi współpracownik ankiety Baumgarten (z Tybingi) roztrząsa znaczenie prątka Löfflera dla błonicy. Stoi on na stanowisku zajętem jeszcze w r. 1896, twierdząc, że do dziś poczynione badania nie uprawniają do przyjęcia prątka Klebs-Löfflera za wywołującego błonicę; sprzeciwiają się temu bowiem najpierw już te spostrzeżenia, w których, mimo błonicy rozpoznanej na podstawie klinicznego badania, prątków nie stwierdzono. Nie przemawiają też bezwzględnie za swoistością tego prątka doświadczenia na zwierzętach: w obnażonej tchawicy królika, można wywołać błony także innymi drobnoustrojami, porażenia zajmują u ludzi najczęściej mięśnie okolicy gardła, u zwierząt zawsze kończyny. Najwięcej zaś sprzeciwia się takiemu przypuszczeniu znachodzenie jadowitych prątków błoniczych w jamie ustnej osób zdrowych. Wobec tego zaś, że błonica rozwinąć się może bez poprzedniego uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej, nie obroni swoistości prątka Löfflera przed tym zarzutem często powtarzany fakt podobnego zachowania się prątków gruźliczych, cholerycznych itd.

Wielką rolę w wywoływaniu błonicy odgrywa stwierdzany w wszystkich przypadkach paciorkowiec. Niektórzy, sądzą, że dostaje się on tutaj dopiero wtedy, gdy prątek błoniczy rozpoczął swoje działanie; Baumgarten przeciwnie twierdzi, że paciorkowiec pierwszy wpływa szkodliwie na błonę śluzową i w ten sposób ułatwia działanie dość często u zdrowych spotykanemu prątkowi błoniczemu. Błonica jest więc zakażeniem mięszanem, w którem paciorkowiec działa miejscowo na bł. śluzową, a prątki błonicze, stawszy się jadowitszymi, zatruwają ustrój swoimi jadami. Przy takiem pojęciu rzeczy od surowicy spodziewać się możemy tylko przeciwdziałania owym jadom, t. j. usunięcia pewnych od ich wpływu zawisłych objawów, nie zaś bezwzględnej skuteczności w każdym przypadku tej choroby.

Baginsky zarzuca Kassowitzowi brak dobrej woli: zamiast jakichś faktów, przemawiających przeciw surowicy, znachodzimy w przemówieniu Kassowitza zręcznie zestawione liczby, z prac innych wyszukane pozorne sprzeczności i ztąd dowolnie wysnuwane wnioski. Kassowitz zarzuca dotychczasowym badaczom pewną dowolność i domaga się ścisłego klinicznego badania skutków surowicy, sam jednak, obalając

zdanie innych, opiera się na doświadczeniu własnem, nabytem w prywatnej praktyce i swej poliklinice.

Główną bronią Kassowitza był zarzut, że obecnie, celem poprawienia odsetkowego wyniku leczenia, przyjmuje się do szpitali przypadki lekkie. Liczbowo przedstawiony ruch chorych w oddziele błoniczym szpitala Bagińskyego wykazuje, że tak nie było, albowiem w szpitalu tym:

r. 1891	przyjęto	192 chorych,	ulecz.	125	zmarło	64 = 33·3%
„ 1892	„	335 „	„	214	„	121 = 36·1%
„ 1893	„	422 „	„	244	„	178 = 42·1%
„ 1894	„	601 „	„	432	„	167 = 27·7%
„ 1895	„	535 „	„	475	„	60 = 10·6%
„ 1996	„	319 „	„	270	„	29 = 9·09%
„ 1897	„	304 „	„	251	„	26 = 8·6%

a z liczb tych widzimy, że liczba chorych wahała się znacznie, że w roku 1898 rzeczywiście była największa, że jednak zmniejszenie się śmiertelności nie pozostaje w żadnym związku z liczbą chorych, gdyż mimo zmniejszenia się liczby chorych w ostatnich latach odsetek śmiertelności pozostał nadal niesłychanie nizkim. Już nawet sam rok 1894 mógłby wystarczyć do przekonania się o skuteczności surowicy; gdy bowiem aż do marca tego roku, t. j. do chwili rozpoczęcia leczenia surowicą, zmarło 52%, to później do końca r. 1894 zaledwie — 16·6%.

Zdaniem Baginskyego pewną część ujemnych wyników surowicy położyć trzeba na karb nieumiejętnego lub nieodpowiedniego jej stósowania. Tak było w Londynie, na którego statystykę Kassowitz się powołuje, gdzie dopiero komisya, wydelegowana do zbadania przyczyny braku wyników leczenia surowicą, stwierdziła, że przyczyną niepowodzenia była zła, nieposiadająca dostatecznej ilości jednostek immunizacyjnych, surowica.

Niebyłyby czczym frazesem nadzieje, pokładane przez Baginskyego w surowicy, gdyby była zastósowana w odpowiedniej ilości i we właściwym czasie.

W dalszym ciągu swych wywodów przechodzi Baginsky wszystkie, przeciwko niemu podniesione, zarzuty, kończy ciętą odprawę pod adresem Kassowitza w sprawie różnicy zdań między nim a jego asystentem, Katzem.

Jeżeli wolno sprawozdawcy wyrazić swe zdanie w tej sprawie, to nie pozostaje mu nic innego, jak przyłączyć się do tych, którzy zwalczali odosobniony głos Kassowitza, uważając go za gołosłowną walkę, niepopartą żadnymi naukowymi dowodami.

Doc. Dr. Raczyński.

IV. Wyciągi.

Dr. Courant: **Przyczynek do nauki o przerywaniu się pępowiny.** *(Medicinisch chirurgisches Central-Blatt*, Nr. 19, r. 1898). Autor opisuje przypadek samoistnego podczas porodu przedarcia się pępowiny, który miał sposobność spostrzegać u pierwiastki, rodzącej w czaszkowem położeniu płodu. W przypadku tym bóle porodowe były słabe i, po wytoczeniu się główki, barki płodu rodziły się z trudnością, co zniewoliło obecną przy porodzie położną do pociągania płodu zapomocą palca, założonego w paszkę. Po urodzeniu płodu, pępowina była silnie napięta, pomimo, że noworodek leżał tak blizko części rodnych matki, że kopał je nóżkami. Dziecko odpętlono, a równocześnie zauważył C., że dno macicy posuwa się ku górze, macica jest miękka i rośnie. Rodząca nie krwawiła na zewnątrz, jednak, na podstawie powyższych objawów, rozpoznał autor krwotok wewnętrzny, wewnątrz maciczny i usiłował zabiegiem Credego wydalić popłód. Po wywarciu ucisku na dno macicy, dał się wygnieść skrzep wielkości główki dziecka i rodząca poczęła krwawić. Ażeby przekonać się o długości pępowiny, podniósł C. takową do góry, ale za lekkiem pociąganiem, cała pępowina wyszła na zewnątrz, a w macicy pozostało łożysko, które, wobec istniejącego krwotoku, wyjęto ręcznie kawałkami. Po złożeniu razem kawałków łożyska, przekonał się C., że cała powierzchnia płodowa była pozbawiona owodnej, która znajdowała się przy pępowinie oderwanej, tuż przy łożysku. Pępowina była w tym przypadku bardzo krótka, długość jej wynosiła 25 ctm.

Przy tak krótkiej pępowinie przedarcie jej podczas porodu, a mianowicie już po urodzeniu główki w położeniach główkowych, może się wydarzyć samoistnie bez winy lekarza lub położnej. Inaczej rzecz się ma, jeżeli oderwanie następuje już po odpętleniu dziecka; wtedy usprawiedliwionem jest podejrzenie, że za pępowinę silnie a niepotrzebnie pociągano. Zarzut ten mógł był spotkać położną i w przypadku opisanym przez autora, gdyby przypadku tego nie obserwowano dokładnie. Zdaniem C. pępowina oderwała się już podczas rodzenia się płodu; ponieważ jednak, wraz z pępowiną, oddzieliła się od łożyska i owodnia, krew wynaczyniona z przestworów międzykosmkowych gromadziła się w tak utworzonym worku między łożyskiem a owodnią, oddzieloną na dużej przestrzeni. Dopiero podczas wygniatania łożyska worek owodnej uległ przedarciu i krew wylała się na zewnątrz.

Piotrowski.

N. A. Sokoloff: **Nowa odmiana operacyjnego leczenia kiłowych zwężeń odbytnicy.** *(Ctrbl. f. Ch.*, Nr. 24, 1898). Na 26-tym kongresie chirurgów niem. zalecał Sonnenburg tak zw. rektotomię, usuwającą zwężenia bliznowate odbytnicy. Operacya S. polega na przecięciu od zewnątrz ku wewnątrz blizny zwężającej, po odsłonięciu pola operacyjnego sposobem Kraskego. Poczem ranę goi *per secundam intentionem.* Autor postępowanie to zmodyfikował o tyle, że po dokonaniu nacięcia prostnicy, ranę zeszywa w kierunku poprzecznym (jak w pyloroplastyce Heineke-Mikulicza). U 31-letniej kobiety tą drogą S. doszedł szybko i pewnie do celu.

Herman.

Saalfeld: **Przyczynek do leczenia ooforyną.** *(Berl. klin. W.*, 1898, Nr. 13). W dziedzinie chorób płciowych i skórnych leczenie surowicą i organoterapia znajdują tylko wyjątkowo zastósowanie. Próby używania surowicy przeciw trądowi (Carrasquilla) i kile nie doprowadziły jeszcze do konkretnych wyników.

Kiedy przed 1½ rokiem L. Landau wspomniał o szczęśliwem stósowaniu ooforyny w przypadkach dolegliwości nerwowych, pozostających w związku z wiekiem przejściowym, a przytem dodał, że ubocznych działań nie zauważył, postanowił autor przenieść ten sposób leczenia w odpowiednim przypadku do dermatologii. I tak stósował S. ooforynę w przypadkach, gdzie w wieku przejściowym występowały: trądzik na twarzy, nosie lub wargach, wyprysk i t. d.

Pewna 20 letnia pacyentka miała, po obustronnem wycięciu jajników, uskutecznionem przed 2 laty, wyprysk prawie na całem ciele, nadto zaczęła gwałtownie tyć. Kiedy bezskutecznymi okazały się inne środki, zastósował S. ooforynę z tak dobrym skutkiem, że wyprysk prawie zupełnie ustąpił, a nadto straciła chora po 4 tygodniowem leczeniu 8 funtów wagi.

Dalej stósował S. ooforynę z pomyślnym skutkiem, jako leczenie pomocnicze wobec bledniey, pozostającej w związku z cierpieniem narządów płciowych; wreszcie miał wynik zadawalniający w przypadku uporczywej świerzbiączki (prurigo) wrodzonej u 26-letniej kobiety, u której dolegliwości w czasie miesiączki gwałtownie się wzmagały.

Dr. B. Wojciechowski.

Słowcow: **Metabolizm i rozmieszczenie substancyj białkowych bezwodnych, pochodzących z pokarmów, we krwi, wątrobie i mięśniach.** *(Russkij archiw patołogij* etc., 1898, V., Z. 3). Wyniki doświadczeń, odnoszących się do przeciągu 24 godzin od początku trawienia (u białych szczurów) są następujące:

1) Substancye białkowate gromadzą się po strawieniu i wessaniu naprzód we krwi, a potem w wątrobie i mię-

śniach, których nie opuszczają, aż prawie po upływie 24 godzin od początku trawienia. 2) Substancye białkowate gromadzą się w wymienionych narządach prawdopodobnie w postaci albuminów, i tam dopiero zamieniają się naprzód na globuliny, a w końcu na strominy, czyli przekształcają się w związki coraz wyższe z punktu widzenia biologicznego. 3) Charakter chemiczny substancyj białkowatych, zawartych w pożywieniu wpływa na to, w jakiej postaci i jak szybko pojawiają się substancye białkowate we krwi. 4) Mięśnie i wątroba mogą zmieniać albuminy w globuliny według ich warunków odżywczych. 5) Im więcej pokarmy obfitują w lecytynę i w białka, zawierające fosfor, tem więcej wytwarza się strominów i tem szybciej odbywa się ta sprawa w wątrobie i mięśniach. *X.*

Dr. Ferdynand Alt: **Przyczynek do nauki o ośrodku słuchu.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 10). Badania różnych autorów wykazały jako rzecz pewną, że ośrodek słuchu znajduje się w korze mózgowej płatu skroniowego, mianowicie w tylnej części zwoju górnego. Badania te nadto wykazały, że ośrodek słuchowy dla strony prawej znajduje się po stronie lewej i naodwrót. Spostrzeżenia kliniczne, wykazujące, że głuchota jednostronna pochodzenia ośrodkowego nie jest trwała, lecz zwykle czasową, każą przyjąć, że właściwie narząd słuchu każdej strony jest w połączeniu z obydwoma półkulami mózgu. Autor opisuje przypadek, spostrzegany przez niego, który jest potwierdzeniem wyników dawniejszych, że ośrodek słuchowy dla danego narządu słuchu jest po stronie przeciwnej mózgu. Przypadek autora jest następujący: chory lat 33 liczący, obudził się trzy lata temu z prawostronnem zupełnem porażeniem; prócz tego nie mógł mówić i nie słyszał na prawe ucho; utracił także pamięć zdarzeń dawniejszych. Później stan jego się poprawił do tego stopnia, że obecnie mówi płynnie i bez trudności, a kończyną prawą, dolną i górną, włada nieźle. Z wywiadów można się było dowiedzieć, że przed 6 laty przebył kiłę, której nie leczył. Pod względem psychicznym chory okazuje skłonność do nieuzasadnionego śmiechu. Przedmiotów, pokazywanych mu, nie może nazwać właściwem mianem: niektóre tylko nazywa po długim namyśle; rozróżnia jednak, czy dany przedmiot przez kogo innego jest właściwie lub niewłaściwie nazwany. Zapytany o miesiąc i datę urodzenia (19 marca), wylicza najprzód pokolei od początku miesiące i staje na marcu, następnie rachuje od 1 i staje na 19. Przy czytaniu niektóre litery poznaje odrazu, przy niektórych zaś wylicza wszystkie litery abecadła po porządku, aż do właściwej. Czytać nie może. Badanie słuchu wykazuje zupełną głuchotę po stronie prawej. Na zasadzie danych, wyżej przytoczonych, autor przyjmuje zmianę chorobową, usadowioną po stronie lewej i zajmującą ośrodek mowy i ośrodek słuchu. Podstawą zmian chorobowych, zdaje się, jest kiła. *Dr. Zalewski.*

Prof. Riedel: **Przyczynki do patogenezy i rozpoznawania napadów kolki w przebiegu kamicy żółciowej.** *(Mitteil. a. d. Grenzgebiet.*, T. III, Str. 168 i n.). Na stu przeszło stronach stylem barwnym i żywym kreśli R. swe poglądy, dotyczące powstawania w tytule wymienionej kolki. Poglądy te, odmienne wielokrotnie od ogólnie przyjętych, i wygłaszane już parokrotnie dawniej, oparł autor na spostrzeganiu materyału niezwykle bogatego, gdyż obejmującego prawie dwie setki chorych, operacyjnie leczonych, i to leczonych z bardzo pomyślnym wynikiem, gdyż odsetek śmiertelności nie przekracza 2%. Tak pomyślne wyniki zawdzięcza autor między innemi i tej okoliczności, że operacyę wykonywał na ludziach ubogich, nie mających ani czasu ani środków na długie leczenie się środkami wewnętrznymi, zatem operował w początkach cierpienia. U chorych wysoko w społeczeństwie położonych częściej (odsetkowo) po operacyi, jak się to powszechnie mówi, a prawdziwie mimo operacyi następowało zejście śmiertelne, a wtedy dzienniki piszą z patosem „i znów jedna więcej ofiara następstw operacyi etc.“. A nie wspominają o tem, że ów nieszczęśliwiec, czy też nieszczęśliwa, zgłosiła się do chirurga dopiero „po bezskutecznem i zupełnem wyczerpaniu skarbca środków wewnętrznych“. Tak przecież nakazuje przeciętnie każdy podręcznik!

Streszczając zaś rzecz właściwą dokonać tego można w następujących kilku zdaniach:

1) Jak długo przewód pęcherzykowy (ductus cysticus) jest drożnym, kamienie choćby duże i luźne, pozostające w woreczku żółciowym, żadnych dolegliwości nie sprawiają.

2) Gdy kamyk o większych rozmiarach usadowi się (bez zaklinowania) w szyjce pęcherzyka żółciowego, powstaje jego opuchlina (hydrops). Opuchlina taka wyjątkowo zdarzyć się może i wówczas, gdy zapalny obrzęk błony śluzowej woreczka przejdzie i zwęzi przewód pęcherzykowy.

3) W tym dopiero okresie z przyczyn nam nieznanych powstać może nagle zapalenie woreczka, zajętego opuchliną, stanowiące tak zw. napad kolki żółciowej, napad „bezskuteczny“, gdyż stosunkowo duży kamyk, tkwiący w szyjce pęcherzyka, nie da się przesunąć do jelit.

4) Następstwem zapalenia woreczka jest wysięk a) surowiczy, b) surowiczo-ropny, c) ropny. We wysiękach ropnych zawsze spotykano drobnoustroje. Wysięk surowiczy zawsze, ropny czasami, ustępują bez śladu. Częściej jednak zaropienie się szerzy, powstają ropnie przerzutowe, ogólne zakażenie itd.

5) W 10% tych „bezskutecznych“ napadów spotykamy żółtaczkę, skutkiem zapalnego obrzęku błon śluzowych w drogach żółciowych.

6) Gdy kamyk, usadowiony w szyjce pęcherzyka, jest dostatecznie mały, może zostać przepchanym przez przewód pęcherzykowy i dalej, siłą nań wywartą przez ciśnienie wysięku. Wtedy do bólów, skutkiem zapalenia, przyłącza się ból z zaklinowania kamyka.

7) Gdy kamyk zaklinuje się w przewodzie pęcherzykowym, napad bólów po pewnym czasie ustępuje. Bo po ustąpieniu zapalenia, wysięk surowiczy i jałowy ulega wessaniu, a przewód pęcherzykowy przyzwyczaja się do obecności intruza.

8) Kamyk dostatecznie mały siłą parcia wysięku, działająca nań od tyłu, przedostać się może aż do przewodu żółciowego i tu uledz zaklinowaniu. Wtedy zawsze powstaje żółtaczka i cierpienie miejscowe uogólnia się.

9) Wtedy ilość wysięku wzmódz się może i w 10% przypadków kamyk przedostaje się aż do jelita i cała sprawa chorobowa ustępuje prawie nagle. W stolcach spotykają się wówczas kamienie żółciowe. Kamyki bardzo małe przejść mogą całą tę drogę, nie sprowadzając żółtaczki.

10) O wiele częściej jednak kamyk pozostaje w przewodzie żółciowym (ductus choledochus) i znów, pomimo tej okoliczności, napady bólów i żółtaczka ustąpić mogą bez śladu, gdy przewód żółciowy rozszerzy się dostatecznie, tak, aby obok kamyka żółć przechodziła do jelit.

11) Zwykle jednak po niedługim czasie napad bólów, czyli nowy nawał zapalny się powtarza. Kamyk może wtedy siłą wysięku być przepchniętym do jelit, a inny dostaje się na jego miejsce. Gra taka bez poważnego niebezpieczeństwa dla życia chorego powtarzać się może tak długo, jak długo wysięk jest surowiczym i jałowym.

12) Gdy jednak w wysięku pojawią się drobnoustroje, stanie się on ropnym, a jednocześnie występuje niebezpieczeństwo dla życia i rokowanie, jakiemkolwiekby było postępowanie lekarza, staje się bardzo niepomyślne.

Autor nie zaprzecza, że pęcherzyk żółciowy i przewody czynnie wyzbywać się mogą kamyków, w nich tkwiących. Dzieje się to jednak tylko wtedy, gdy kamyki są dostatecznie drobne i dzieje cicho, niepostrzeżenie i bez zaburzeń. Gdy wystąpi kolka, tam jest już i zapalenie. Tę odmianę zapalenia nazywa autor z grecka po łacinie *perialienitis*, to jest zapalenie, powstające wokoło ciał obcych. Cały szereg spraw analogicznych przytacza R. Przyznaje jednak otwarcie, że istota takiej „perialienitis“ jest mu zupełnie nieznaną,

a hipotez bałamucących tylko i opóźniających wykrycie istotnej prawdy, stawiać nie chce. *Herman.*

Dr. Biehl: **Leczenie starych ubytków bębenka** (*Wiener kl. Wochenschrift*, 1898, Nr. 12). Zastanawiając się nad leczeniem starych ubytków błony bębenkowej, autor przyznaje, że wogóle leczenie jest trudne. Zachęcony przez publikacye Okuneffa, Gomperza, Barnicka, Alta, którzy mieli dobre wyniki, przypalając brzegi takich ubytków kwasem trójchlorooctowym, autor użył tego sposobu w 12 przypadkach. Co do sposobu stosowania, to autor używał roczynów od 10 do 50%; inni używają kryształków; w jednym i drugim razie przyżega się brzegi ubytku. Przyżegania robi się co 8 dni, mniej więcej.

Z 12 przypadków, leczonych przez autora, wyleczonych zostało w stosunkowo krótkim czasie 8. Autor poleca gorąco ten sposób leczenia. *Dr. Zalewski.*

Cruz G.: **Badania nad zatruciem gazem świetlnym** (*Ann. d'hyg. publ. et de médecine légale*, 1898, Nr. 5). Zmierzając do stanowczego rozwiązania zagadnień, związanych z rozpoznaniem otrucia gazem świetlnym zapomocą badania krwi, wybrał C. drogę, najpewniej do celu wiodącą, mianowicie bezpośredni rozbiór gazów krwi zwierząt zatruwanych. Praca wykonaną została pod kierunkiem i w pracowni Ogiera, znanego z poważnych prac w zakresie analizy gazów. C. wyciągał gazy ze krwi w próżni i starał się oznaczyć ich jakość i ilość, zwracając uwagę przedewszystkiem na etylen i formen, jako jedne z najważniejszych domieszek, znajdujących się w gazie świetlnym. Wyniki pracy streszczają się w następujących wnioskach: we krwi zwierząt zatrutych gazem świetlnym znajdują się zawsze węglowodory, jednak w bardzo małych ilościach. Zapomocą iskry elektrycznej można te węglowodory zamienić w acetylen, dający właściwy odczyn nawet w bardzo małych ilościach z solami zasadowemi miedzi. We krwi zwierząt, zatruwanych czadem węgli lub koksu, nie można nigdy wykryć ani śladu węglowodorów. Autor sądzi, że dane te dadzą się wyzyskać dla rozróżnienia zatrucia czadem od zatrucia gazem świetlnym także u ludzi. *Dr. Ciechanowski.*

E. Bennecke: **W sprawie gwałtownego odprowadzania uwięzgniętej przepukliny** (*Berl. klin. W.*, Nr. 12, 1898). Do licznych znanych i odstraszających przypadków, w których zbyt gwałtowne odprowadzenie uwięzgniętej przepukliny pociągnęło za sobą smutne następstwa, dodaje Bennecke z własnej obserwacyi jeszcze jeden.

Przywieziono do kliniki 41-letniego mężczyzne, u którego lekarz przed dwoma dniami, po dwugodzinnem uwięzgnięciu, odprowadził w narkozie prawostronną przepuklinę wśród znacznych wysiłków. Odtąd ma chory bóle w podbrzuszu prawem, a objawy niedrożności jelit trwają nadal. Lekarz początkowo uspokajał chorego, a po 2 dniach skierował do kliniki. Tu znaleziono, obok zapadu, stłumienie i większą oporność w podbrzuszu prawem, wypuklenie prawego kanału pachwinowego, w mosznach mały guzek, dający się wsunąć do kanału pachwinowego. Brama przepuklinowa drożna dla 2 palców. König poprowadził cięcie długie równoległe do więzu Pouparta. Po przecięciu ścian brzusznych, dostał się do jamy, z której wydobywały się cuchnące gazy i płynny kał, — nadto leżała tam pętla ciemno czerwona, długości 40 ctm. Przestrzeń ta oddzielona była od jamy brzusznej przez cienką błonę. Dla wyjaśnienia sobie sytuacyi przedłużono cięcie na moszna i odsłonięto worek przepuklinowy, poczem okazały się następujące stosunki: blizko zewnętrznego ujścia kanału pachwinowego przyrośnięty kawałek sieci, dalszy jej ciąg idzie do kanału pachwinowego i przez otwór w ścianie kanału, wchodzi do wyżej opisanej jamy, ograniczonej przez ścianę brzuszną i powięź poprzeczną (fascia transversa), — tworząc tu rodzaj kieszonki, poczem biegnie z powrotem do kanału pachwinowego i dalej do jamy brzusznej. W kieszonce tej sieci leży kilkakrotnie zagięta pętla, nie uciśnięta ani w kanale pachwinowym, ani w otworze prowadzącym do opisanej jamy, a dopiero w ujściu wewnętrznem kanału pachwinowego. Po rozszerzeniu pierścienia i przepłókaniu jamy, musiano jelito na przestrzeni 45 cm. resekować, nie zeszyto go jednak ze względu na stan groźny chorego, tylko ułożono końce jelita na zewnątrz. Wytamponowano gazą. Dnia następnego chory umarł. Opatrunek przesiąknięty kałem. Sekcya potwierdziła rozpoznanie. *Dr. B. Wojciechowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Bensojodhydrinum (C_3H_5) ClJ ($C_7H_5O_2$). Jest to masa żółto-brunatna, tłusta, w alkoholu i eterze rozpuszczalna, a nierozpuszczalna w glicerynie; przy 100°C. wrze, przyczem jod się oddziela. W handlu sprzedają ją zmięszaną z cukrem: łyżeczka tej mieszaniny, zawiera 0·13 bensojodhydriny, co odpowiada 1 gr. jodku potasu.

Ponieważ środek ten nie wywołuje zatrucia jodem, a działa dobrze, poleca go Chenal w zastępstwie zasadowych soli jodu. Zapisuje się:

Rp.: *Bensojodhydrini saccharati 100·00*
Dentur ad vitrum.
Ds.: *1—2—4 łyżeczek pełnych przez dzień zażyć.*

Brenzcainum (eter guajacolbenzylowy); bezbarwne kryształy, w alkoholu i eterze rozpuszczalne, stósowane przez Marcusa do miejscowych znieczulań. Dawki takie same, jak połączeń gwajakolu.

Bromalinum purissimum, środek lepszy od bromku potasu, gdyż nie wywołuje objawów ubocznych,

Calcium chloratum, środek polecany przez Wright'a celem usuwania pokrzywki i gęsiej skóry. Działanie jego polega na tem, że zwiększa on krzepliwość krwi, której zmniejszenie ma wywoływać wspomniane choroby. By zaś nie zmniejszyć zdolności krzepnięcia krwi, poleca autor dawki początkowe zmniejszać z 1·80, 3 razy dnia, po dniach pięciu na 0·6, a potem nawet na 0·3, 3 razy dziennie.

Calcium permanganicum, związek nadający się do wyjałowienia wody. W tym celu na litr źródlanej wody potrzeba 20 mgr., a na litr rzecznej wody 40 mgr. nadmanganianu wapna. Nadmiar użytego środka barwi wodę na różowo, co usunąć można przesączając wodę przez dwutlenek manganu i węgiel.

Calcium sulfuratum, środek używany już dawniej przeciw influenzy, polecany świeżo w zapalnych chorobach dróg oddechowych. Podaje się w pigułkach, po 0·06 zawierających.

Captoium jest połączeniem zgęszczonem formaldehydu z chloralem, a przedstawia się jako proszek ciemno-brunatny, hygroskopijny, trudno w zimnej wodzie, łatwiej w ciepłej i alkoholu rozpuszczalny. Używany jako skuteczny składnik wody do zmywania głowy, przeciw nadmiernemu wydzielaniu gruczołów łojowych, a więc i przeciw wypadaniu włosów.

Zapisuje się:

Rp.: *Captoli*
Chlorali hydrati
Acidi tartarici aa 1·00
Olei Ricini 0·50
Spir. vini (65%) 100.00
Ess. fl. aeth. q. s. ad odorem
S.: *1—2 razy dziennie zmyć głowę.*

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W kwietniu.

VII.

Z rozprószonych spostrzeżeń, o jakich w ostatnich czasach wspomniano w wykładach klinicznych i w towarzystwach naukowych, zdaje mi się być godnym wzmianki

przypadek Brissauda, przedstawiany na wykładzie, w którym to przypadku B. rozpoznał rozsiane stwardnienie rdzenia na tle ołowicy. 53-letni chory, zajmujący się od lat 16 rzemiosłem malarskiem, miał w 38 r. życia napad dny ołowiczej. Zaraz potem rozwinęła się drżączka, nosząca poczęści cechę drżączki przy stwardnieniu rozsianem (wzmaganie się przy ruchach zamierzonych), poczęści drżączki porażennej (choroba Parkinsona: drżenie rąk w spoczynku). B. wyklucza zwykłą drżączkę ołowiczą, która chyba wyjątkowo ma się utrzymywać przez tak długi okres czasu i zawsze ma się łączyć ze znieczuleniami, których w danym przypadku niema; wyklucza też B. chorobę Parkinsona, która po tylu latach powinnaby znacznie osłabić siły chorego, czego również stwierdzić nie można. Natomiast za rozsianem stwardnieniem przemawiałyby, zdaniem B., inne jeszcze objawy, przedewszystkiem dość znamienny chód chorego.

Dotychczas sądzono, że nerw twarzowy bywa zajęty w porażeniach dziecięcych („paralysie infantile" tak zw. „spinale") tylko bardzo wyjątkowo, a może nigdy. Wbrew temu zapatrywaniu zdołał Béclère (S. m. H.) stwierdzić porażenie obwodowe (obu gałązek) lewego n. twarzowego u 18-miesięcznej dziewczynki, które należy, jego zdaniem, zaliczyć do porażeń dziecięcych, ponieważ wystąpiło ono nagle, wśród objawów ogólnych u dziecka, którego starsza siostra na tydzień przedtem nabyła typowego porażenia dziecięcego; oba więc przypadki naprowadzają na myśl, że zachorzenia miały charakter epidemiczny i że, zależąc od tych samych przyczyn zakaźnych, należą do jednej gromady chorobowej. Przy tej sposobności wspomniał Guinon o nagminnem występowaniu porażeń dziecięcych, które zdaje się częściej zdarzać, niż się przypuszcza. Sam G. spostrzegał w ciągu 7 tygodni 12 takich przypadków. Wybierając jeszcze, co ciekawsze, z luźnych spostrzeżeń, wspomnieć wypada o porażeniu n. wstecznego (recurrens), przedstawionem przez Lermoyeza (S. m. H.). Powstało ono w dzieciństwie (przed 27 laty), po przebyciu odry. Chora nie cierpi na duszność i wogóle ma się dobrze, jedynie głos jest dwutonowy, a w czasie nieżytów górnych dróg oddechowych pojawiają się napady gwałtownego kaszlu, jakby krztuścowego. Opierając się na wynikach wypukowych i przysłuchowych, sądzi L., że przyczyną porażenia jest ucisk nerwu przez gruczoły chłonne oskrzelowe po stronie lewej, które powiększyły się po odrze. Nie krępując się żadnym porządkiem, wspomnę jeszcze o ciekawem spostrzeżeniu, które ogłaszają Dejerine i Theohari (S. B.). O ile mianowicie dobrze znanym był fakt, że w przypadkach porażeń dziecięcych mózgowych i ostrej dziecięcej „poliomyelitis anterior" rozwój części kostnych w porażonych kończynach jest upośledzony, o tyle nie znano dotąd wcale zaniku kości w przypadkach porażeń u dorosłych. Pierwszy taki przypadek widzieli właśnie D. i Th. u 45-letniej kobiety, dotkniętej porażeniem połowiczem prawych kończyn, przedewszystkiem górnej, przed 18 laty. Obok części miękkich uległy zanikowi kości górnej prawej kończyny, przyczem, o ile wnosić można z badania promieniami Röntgena, tkanka kostna uległa pewnego rodzaju rozrzedzeniu.

Z arsenału środków leczniczych, związanych przedewszystkiem z chorobami nerwowemi, radby Jaccoud przenieść elektroterapię na szersze pole medycyny wewnętrznej. Między innymi zaleca on bardzo ten środek w swoich wykładach dla leczenia moczówki cukrowej, dopatrując się wyników korzystnych po zastosowaniu prądu stałego wstępującego na stos kręgowy. Zresztą uważa Jaccoud w moczówce kwas arsenawy we wzrastających dawkach za nader cenny środek przeciw wyniszczeniu, któremu zapobiegać ma także, według jego zdania, w przypadkach szczególnie groźnych, podawanie gliceryny; korzystnego działania na sam cukromocz dopatruje się Jaccoud w stosowaniu makowca i wdychiwań tlenu.

Potrąciwszy o medycynę wewnętrzną, niech mi będzie wolno wspomnieć mimochodem o dwóch szczegółach, dotyczących zrostów osierdziowych, na które zwrócili uwagę Gilbert i Garnier (S. B.). Jednym z nich jest współczesne istnienie zrostów osierdziowych ze zrostami okołowątrobowymi, które G. i G. pragną uważać za odrębną gromadę chorobową, dotychczas etyologicznie ciemną, klinicznie wcale prawie nie scharakteryzowaną, a które spostrzegali oni dotychczas w 11 przypadkach. Drugim szczegółem jest dość ciekawe spostrzeżenie, w którem za życia przypuszczano zwężenie zastawki dwudzielnej, a po śmierci znaleziono tylko rozległe zrosty osierdziowe ze zwapnieniami u podstawy komórek. Zmiany te, przeszkadzając skurczowi komórek, wywołały, zdaniem G. i G., nieprawidłowo przedłużony skurcz (systolę), a w następstwie przedłużenie małej pauzy, co razem z pojawianiem się szmeru przedskurczowego obok tonu, dawało za życia obraz tak zw. „bruit du rappel". W zakresie chorób narządu krążenia podał Rendu (S. m. H.) zajmujące spostrzeżenie, w którem sekcya wykryła oderwanie nitek ścięgnistych mniejszego płatu zastawki dwudzielnej bez znanej przyczyny, za życia zaś rozpoznawano niedomogę zastawki dwudzielnej. Podobne spostrzeżenie, dotyczące większego płatu, podał Deguy w imieniu Hucharda (S. m. H.); i tu także za życia nieprzypuszczano oderwania nitek, rozpoznawano tylko wady obu zastawek lewego serca na tle przewlocznych zmian śródsierdzia, co zresztą sekcya potwierdziła. Na tem samem posiedzeniu przedstawiał Pétit przypadek wrodzonego przemieszczenia serca na stronę prawą, wykazanego, oprócz zwykłego badania fizycznego, także zapomocą fonendoskopu i radiografii. Odwrotny kierunek osi serca, przebieg tętnicy głównej, brak jakichkolwiek zmian w opłucnej dowodziły stanowczo, że zmiana jest wrodzona.

Pod nazwą „microsphygmie permanente" chciałby Variot (S. m. H.) odróżniać drobne tętno, stale się utrzymujące, niezależne od zmian serca, stwierdzone przez siebie u dwojga dzieci, dotkniętych według wszelkiego prawdopodobieństwa niedokształtem wrodzonym tętnic. Rendu zauważył, że skoro, jak sam V. stwierdza, to drobne tętno jest wynikiem niedokształtu tętnic, to niema powodu obmyślać mu nowej nazwy. Z podobną, ale ostrzejszą jeszcze krytyką spotkała się proponowana dawniej przez Dieulafoya nazwa „chloro-brightisme", związana również ze sprawą niedokształtu tętnic. Opierając się z jednej strony na związku niedokrewności z tą wadą rozwojową naczyń, przypuszczanym przez Virchowa, z drugiej na zapatrywaniach, pokutujących jeszcze gdzieniegdzie we Francyi, a przypisujących wrodzonej wązkości naczyń znaczną rolę przyczynową w marskości nerek, wymyślił Dieulafoy ową nazwę, o tyle gorszą od pomysłu Variota, że nie odpowiada jej żadna rzeczywistość, ani kliniczna, ani anatomopatologiczna. Zaznaczyli to zgodnie Moutard-Martin, Rendu i Hayem (S. m. H.), których przemówienia są także wyrazem zwrotu w poglądach na związek marskości nerek z niedokształtem naczyń. Wszyscy trzej, przytaczając przypadki, w których zmiany te ze sobą się zbiegły i stwierdziwszy w swoich spostrzeżeniach zapalne pochodzenie zmian nerek, oświadczyli się przeciw związkowi przyczynowemu obu wspomnianych spraw.

Pomijając pracę Carnota (S. B.), który przyczyny zwyrodnienia włóknistego trzustki szuka w zatrzymaniu wydzieliny, lub też w zakaźnych, odśrodkowo postępujących, sprawach zapalnych, zwrócono w ostatnich czasach znowu nieco więcej uwagi na marskość narządów wewnętrznych, w szczególności wątroby. Z jednej strony zajmowała się przyczynami tego cierpienia Akademia lekarska, a z przemówień Rochego, Rendu, Vallina, Lancereax i Hayema zdawałoby się wynikać, że część lekarzy francuskich dopatruje się związku pomiędzy częstością i rodzajem marskości wątroby, a rodzajem używanych napojów wyskokowych; wogóle zaś krajowe lekkie wina uważane są często, jak się zdaje, za mniej pod tym względem szkodliwe, niż inne napoje. Rozprawy nie doprowadziły do żadnych stanowczych ogólniejszych wniosków, dlatego nie streszczam ich szczegółowiej. Z drugiej strony roztrząsano w „Société de

biologie" tak zw. „cirrhose biliaire hypertrophique (avec ictère chronique)", postać wyodrębnioną przez Hanota. Boix, stwierdziwszy w swoich przypadkach zawsze obrzęk śledziony, pojawianie się choroby częstsze w obrębie pewnych rodzin, i w okolicach zimniczych, sądzi, wbrew zdaniu Gilberta i Fourniera, a zgodnie z przypuszczeniem Hanota i Kienera, że ta sprawa chorobowa jest poniekąd swoistą, a przynajmniej zależną od swoistego zakażenia, nie zaś od spraw zakaźnych wątroby rozmaitego pochodzenia. W odpowiedzi na to starają się Gilbert i Fournier przedstawić „cirrhosis biliaris hypertrophica" z obrzękiem śledziony, jako odrębną odmianę chorobową, spotykaną szczególnie często u dzieci i młodzieży, zaznaczając zresztą, że obrzęk śledziony nie jest niczem swoistem dla postaci Hanotowskiej, lecz, że spotyka się także w innych postaciach marskości wątroby. W całą tę sprawę wprowadza Péron jeszcze większe zamięszanie, opisując przypadek marskości przerostowej wątroby z przewłoczną żółtaczką u kobiety gruźliczej, nałogowej pijaczki. Znalazłszy mianowicie w swoim przypadku gruźlicę prosówkową otrzewnej (owrzodzenia gruźlicze jelit) i wątroby. i nie uwzględniając, że ta ostatnia zmiana mogła się zbiegnąć przypadkowo niejako z marskością, oświadcza P., że gruźlica wątroby może niekiedy przybierać postać marskości przerostowej z żółtaczką i obrzękiem śledziony.

Wspominając o żółtaczce, przy sposobności warto zapisać ostrzeżenie Dastrea (S. B.), odnoszące się do odczynu Gmelina. Ponieważ kw. azotowy wywołuje zabarwienie zielonkawo-niebieskie, podobne do odczynu Gmelina, w obecności alkoholu lub chloroformu, przeto może to być źródłem błędu przy poszukiwaniu barwików żółciowych, o którem należy pamiętać.

W zakresie chemii klinicznej podaje dalej Cordier (Acad. des sc.) sposób, którym posługuje się do ilościowego oznaczania soku żołądkowego, uważając ten sposób za lepszy od używanego we Francyi najczęściej sposobu Hayema i Wintera; sposób ten opiera się na spostrzeżeniu, że z mięszaniny chlorków sodu i litu wyciąga wyskok bezwodny, zmięszany z eterem, wszystek chlorek litu, poczem można nierozpuszczony chlorek sodu wyciągnąć zapomocą gorącej wody przekroplonej. Dla oznaczenia ilości wolnego kwasu solnego posługuje się C. miareczkowaniem $^1/_{10}$ normalnym roczynem ługu sodowego, używając za wskaźnik floroglucyny-waniliny.

Oprócz notatki Cordiera odzywali się w sprawie chorób żołądka tylko jeszcze Hayem i Mathieu (S. m. H.). Pierwszy utrzymuje, że przewlekłe podawanie związków zasadowych wzmaga zaburzenia wydzielnicze żołądka w tym kierunku, w jakim one się właśnie rozwijają; i tak, przy wygórowanej kwasocie wywołują alkalia, w szczególności dwuwęglan sodowy, jeszcze silniejszy jej nadmiar; przy zmniejszonej kwasocie zdolne są przeciwnie jeszcze znaczniej ją osłabić. Wobec tego jest Hayem przeciwnikiem długiego podawania zasad przy wygórowanej kwasocie. Mathieu podejmując to zagadnienie, jest wprawdzie zdania, że po pewnym przeciągu czasu znaleźć można wśród podawania dwuwęglanu sodowego tak wysoką kwasotę, jaka była w początku leczenia; mimoto jednak nie należy, jego zdaniem, okoliczności tej zbyt pośpiesznie uogólniać, i pozbywać się jednego ze środków leczniczych zupełnie.

Nakoniec wypada choć pobieżnie wspomnieć, że Meunier stwierdził we wczesnych okresach krztuśca (przed typowymi napadami kaszlu) bardzo znaczną leukocytozę, której pochodzenia na razie nie próbuje jeszcze stanowczo wyjaśniać (S. B.), że d'Arsonval, używając ścisłych metod kalorymetrycznych i stwierdziwszy u zdrowych i gorączkujących noworodków, zależnie od przypadku, bardzo rozmaity stosunek między wynikami kalorymetryi a termometryi, nawołuje do rewizyi teoryi gorączek, (S. B.) i że Guillemonat (S, B), wykrywszy drobne ilości żelaza w smółce (meconium), zastanawia się nad przypuszczeniem, czy składnik ten nie pochodzi z fizyologicznych dezintegracyi, skoro trudno pomyśleć, aby miał inne jakieś źródło. Do oderwanych tych i niezupełnie wyjaśnionych spostrzeżeń nawiążą się zapewne wkrótce dalsze badania, o których wyniku nieomieszkam w danym razie w dalszych listach krótko wspomnieć. *Dr. Ciechanowski.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 18 Sierpnia.

* Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« Dr. A. Kwaśnicki wyjechał na czas krótki z Krakowa. W czasie jego nieobecności czynności redaktora sprawuje zastępczo Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski.

* Od 25 września do 3 października b. r. odbywać się będzie w Belgii V-ty Zjazd międzynarodowy dla hydrologii, klimatologii i geologii

* Towarzystwo lekarskie dolno austryackie uchwaliło za wzorem Towarzystwa lekarzy niemieckich w Czechach domagać się, by w Austryi utworzono ministeryum zdrowia, jako zwierzchnią władzę wszystkich lekarzy, pozostających w służbie publicznej. Uchwała sprzeciwia się stanowczo decentralizacyi władz zdrowia (np. radom powiatowym lub miejskim zdrowia i t. p).

* W Utrechcie mianowaną została profesorką ginekologii Dr. Katarzyna Gusschenbroek; wszechnica w Texas posiada również jedną profesorkę, w osobie Szwedki, Anny Kindhom, zajmującej katedrę higieny i nauki pielęgnowania chorych.

* Do 10 b. m. bawiło w Szczawnicy 2129 osób.

* Baron de Lenval przeznaczył 90000 rubli na Instytut higieny dziecięcej w Warszawie. Celem instytutu jest »wszczepiać w dzieci praktycznie zasadnicze podstawy higieny, a tem samem krzewić i rozpowszechniać je w ludności«. W tym celu mają, według życzenia hojnego ofiarodawcy, dzieci znaleść w Instytucie: kąpiele i natryski, poradę lekarską wraz z leczeniem ortopedycznem i t. d., udzielanie czystej bielizny i t. p. Budynek z urządzeniem ma kosztować 60000 rubli, 30000 zaś stanowi zawiązek funduszu żelaznego, z którego odsetki iść mają na utrzymanie Instytutu. Zarządzać Instytutem ma Towarzystwo higieniczne.

* W Mödlingu pod Wiedniem stanąć ma pomnik znanego anatoma Hyrtla w ufundowanym przez niego domu sierót.

* Ministeryum spraw wewnętrznych zawiadomiło pod datą 21 lipca b. r. władze krajowe, że ubodzy, jadący do zakładów leczenia wścieklizny w Wiedniu lub w Krakowie, oraz towarzyszące im osoby, mają prawo do zniżenia ceny jazdy III klasą o połowę, jeżeli wykażą się świadectwem ubóstwa. Wyjątkowo mogą władze kolejowe przyznać bardzo ubogim prawo jazdy bezpłatnej.

Mianowania i odznaczenia: Dr. Karol Švehla mianowany docentem pediatryi w uniw. czeskim w Pradze.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 33): Ciechanowski: Rozdział antymonu pomiędzy narządy ustroju w doświadczalnem otruciu emetykiem. Tryjarski: Przypadek syringomyelii. W *Medycynie* (Nr. 33): Biro: O chorobie Landryego. Sacewicz: O czynności płciowej i zaburzeniach jej okresu wstępnego (c. d.). W *Kronice lekarskiej* Z. 15: Sędziak: Z kazuistyki laryngo-rynologicznej.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Polak: De la valeur hygiénique du pavage en bois. Bruksela, 1898.

— Dr. Z. Kadler: O środkach ochronnych od chorób wenerycznych. Wydanie II. Warszawa, 1898. Nakład Dubowskiego & Gajewskiego.

— Dr. O. Körner: Die Hygiene des Ohres. Wiesbaden, 1898. Nakład J. F. Bergmana.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Ciechanowski.**

Do numeru dzisiejszego dołącza się **wykład Profesora Reclus o Eukainie „B".**

Rok XXXVII. Kraków 27. Sierpnia 1898. Nr. 35.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O wydzielaniu składników moczu przy zmianach ciepłoty ciała.

Napisał

Dr. W. D. Moraczewski.

Podług odczytu wygłoszonego w Towarzystwie lekar. galic.

Ustalone niemal jest przekonanie, że wydzielanie w czasie gorączki, bez względu na jej przyczynę, ulega zmianom charakterystycznym. Od chwili, kiedy zaczęto badać mocz, zauważono nadmierne wydzielanie azotu, a zmniejszenie ilościowe chloru i spostrzeżenie to stwierdzono tyle razy, że ani kontroli, ani nowych prób, nauka więcej nie potrzebowała. Głośne imiona Hupperta, Naunyna, Liebermeistra, Senatora i wielu innych utrwaliły wiedzę o wydzielaniu w gorączce i każdy z nas wie dzisiaj, że znikanie chlorków w moczu jest znakiem gorączki, a pojawianie się świadczy o powrocie do prawidłowego odżywiania.

Zjawisko takie objaśnić się daje rozmaitym podziałem chlorków, albo wogóle soli w organizmie. Przy prawidłowych warunkach obiegu krwi zachodzi pomiędzy narządami a krwią wymiana soli, której wynikiem jest pewna ilość soli wydzielanej z moczem. Nie wdając się w bliższe szczegóły wydzielania, ani w określenie, gdzie mianowicie wydzielanie zachodzi, możemy wnioskować ze zmniejszenia się ilości soli, że zostały one przez narządy zatrzymane. Zatem obieg krwi nie jest prawidłowy. Czy to przesiąkanie narządów solami jest następstwem powiększenia łożyska, czy też przyspieszenia obiegu, tego na razie rozstrzygać nie będziemy.

Najwięcej zgodne z prawami fizyki wydaje się nam przypuszczenie, że narządy wodnieją i wraz z wodą wsiąkają w siebie sole, że zatem wodnienie jest dowodem zmian krążenia i przyczyną zatrzymywania soli.

Jeżeli zatem tętno zmienia się bez względu na przyczynę gorączki, jeżeli najbieglejszy klinicysta nie odróżni tętna w zapaleniu płuc od tętna w zimnicy, tedy i zmiany, powstające w krążeniu muszą mieć jednakie skutki i jednakie piętno wydzielaniu nadawać.

Tak też było dotąd i prócz lekkich zboczeń, spowodowanych indywidualnością chorego, lub choroby, wyjątków w prawie wydzielania gorączkowego nie było.

Tem więcej musiało zadziwić obeznanych z typem gorączki zjawisko, spostrzeżone w zakażeniu zimniczem przez v. Limbecka, Maragliano, S. Reni Puccini i wielu innych, że w zakażeniu zimniczem wszelkiego typu wydziela się w dniu gorączki **więcej** chloru, niż w dnie zwykłe; a kiedy zaczęto badać mocz co godzina, przekonano się, że w czasie trwania gorączki mocz zawiera znacznie więcej chlorków, niż mocz prawidłowy, że chlorki bezwzględnie i w stosunku do azotu idą w górę wraz z ciepłotą.

Zatem tak zwana gorączka nie warunkuje zatrzymania chlorków, nie warunkuje też i wydzielania azotu, bo po ustaniu gorączki azot wydziela się obficiej, jak to już Naunyn zauważył.

Godziło się zbadać dokładniej, czy tylko zimnica ma przywilej niestósowania się do typu gorączki, czy każda gorączka zachowuje się podobnież w pewnych okresach.

Badanie powyższe zostało uskutecznione na gorączce w zapaleniu płuc, durze, gorączce wyniszczającej i w zimnicy. Doświadczenie przekonało nas, że każde podwyższenie ciepłoty pociąga za sobą wzmożenie się ilości chloru, a każde obniżenie powoduje zmniejszenie ilości chlorków.

Musimy zatem dojść do wniosku, że typ wydzielania w gorączce nie jest wywołany przez podwyższenie ciepłoty ciała, ani przez zmiany w krążeniu, które gorączkę cechują. Typ ów jest raczej skutkiem spraw, które w początkach gorączki zachodzą.

Zanim przejdziemy do omawiania spraw, których obecność w ustroju podejrzywamy, należy przedstawić wyniki naszych badań, jako jedyną rzecz względnie pewną i stałą.

Owoż badanie moczu uskutecznialiśmy w rozmaity sposób, zależnie od jakości choroby. W zimnicy i gorączce trawiącej badaliśmy mocz w czterech lub pięciu porcyach, rozdzielając dobę na okresy: przedgorączkowy, dreszczów i okres potów etc. W zapaleniu płuc badano mocz z całej doby, tylko w dniu przełomu zebrano mocz przed przełomem i oddzielono od moczu, zbieranego po przełomie. W durze wreszcie badano mocz całodzienny, ponieważ w tej chorobie powolne opadanie ciepłoty zwalniało nas od dzielenia dnia na okresy.

W moczu badano azot, chlor, fosfor, wapno, potas, sód, amoniak, mocznik, kwas moczowy i zasady ksantynowe. Szczegóły pracy umieszczone będą gdzieindziej. Wyniki, dotyczące poszczególnych składników, zmąciłyby wyrazistość rezultatów i obciążyłyby szkic teoretyczny, jaki tu przedstawić zamierzam. Wybiorę przeto tylko azot, chlor i fosfor, jako najbardziej typowe i o losach ich w gorączce zdam sprawę.

Jeżeli ciepłota się podnosi, wtedy wydzielanie azotu i chloru wzrasta, a wydzielanie fosforu opada. Jeżeli podnoszenie się ciepłoty trwa dalej, wtedy nie tylko chlor zaczyna opadać, ale ilość wydzielonego fosforu zmniejsza się podobnież, aż do *minimum*, a wreszcie do całkowitego prawie zniknięcia z moczu, azot zaś wydziela się obficie. Jeżeli gorączka trwa dalej, wtedy dopiero zjawia się typ znanego nam wydzielania, azot i fosfor wzrastają, a chlor spada do ilości niżej prawidłowej. Wszelako szczytu „gorączkowego“ wy-

dzielania w tym okresie jeszcze nie mamy. Widzimy go dopiero w okresie pogorączkowym. Kiedy ciepłota obniżać się zaczyna, wtedy chlor spada do *minimum*, a fosfor i azot wznoszą się do *maximum*. Dalszy przebieg doprowadza powoli do normy, chlorki się powiększają, fosfor i azot maleją.

Naszkicowaliśmy tu szemat gorączki, w którym odróżniamy pięć okresów: I) okres powstawania — dużo chloru, mało fosforu; II) okres początkowej gorączki — mało chloru, *minimum* fosforu; III) okres gorączki stałej, znany typ „gorączkowego“ wydzielania — mało chloru, dużo fosforu; IV) okres pogorączkowy — *minimum* chloru, *maximum* fosforu i azotu; V) okres powrotu do normy.

Szemat powyższy, jak każdy szemat, ma tę wadę, że nie w każdym przypadku stwierdzić się daje; w każdym razie pozwala nam rozpatrzeć się w przebiegu wydzielania i rozpocząć teoretyczne roztrząsanie.

Aby skończyć z materyałem faktycznym dodamy, że szemat taki w całości spostrzegać można w zimnicy, że w durze i zapaleniu płuc spostrzegano wyraźne podnoszenie się chloru i spadanie fosforu i azotu, towarzyszące podwyższeniu ciepłoty, natomiast podnoszenie się ilości fosforu i azotu, a zmniejszenie chloru — przy opadaniu ciepłoty. Na mocy wyżej przytoczonych danych możemy wysnuć wniosek, że podwyższenie się ciepłoty (o ile samo jest objawem a nie przyczyną) nie wywołuje zmniejszenia wydzielania chlorków w moczu; dalej, że obniżenie ciepłoty pociąga za sobą zmniejszenie ilości wydzielanego chloru i wzmożenie ilości fosforu.

Wiadomo, że gorączce towarzyszy zwykle przyspieszone tętno, zatem i o przyspieszeniu lub zwolnieniu tętna dałoby się to samo powiedzieć. Przypuszczamy zatem, wsparci na naszych spostrzeżeniach, że zwolnienie tętna u człowieka prawidłowego musiałoby pociągnąć za sobą nadmierne wydzielenie fosforu i zmniejszenie chloru. Jesteśmy w posiadaniu doświadczenia, które nasze zdanie potwierdza, mianowicie, chory spożywający 5 grm. soli potasowych, okazywał zwolnienie tętna i wydzielał w moczu mało chloru, a dużo fosforu. Natomiast przyspieszenie tętna wywołałoby nadmierne wydzielanie chloru, jeżeli w ustroju zdrowym zmiany tętna wywołują te same skutki, co w ustroju gorączkującym.

Powtórzyliśmy nasze wywody i oznaczyliśmy zmiany wydzielnicze w stosunku do ciepłoty i do tętna, aby tem śmielej na niepewną drogę przypuszczeń się udać, na której głównie naszymi wynikami kierować się mamy.

Zanim przejdziemy do tak zwanej teoryi, zauważmy, że zasadnicza różnica istnieje między składem krwi i tkanek, różnica, która wiele się przyczynia do zrozumienia typu wydzielania. Tkanki są obfite w fosfor i azot, ubogie w chlor; krew zaś obfituje w chlor, uboga zaś w fosfor. Azot krwi mniej więcej odpowiada azotowi tkanek. Po tej uwadze możemy iść dalej.

Mówiliśmy na wstępie, że między tkankami a krwią istnieje pewna zamiana soli, której skutkiem jest mocz. Wyobraźmy sobie, że wskutek zadrażnienia, które nazywamy powodem gorączki, w krążeniu krwi zajdą zmiany, bądź to przez zwężenie naczyń, bądź przez przyspieszenie obiegu. Zmiany te, według naszego mniemania, wywołują wnikanie wody w tkanki, a tem samem i wnikanie wody w narządy wydzielnicze. Wskutek tego w pierwszym okresie gorączki mamy nadmierną ilość wody i soli (chlorków), spotykamy nadmierną ilość rozpuszczalnych związków azotu (mocznika) i stosunkowo małą ilość fosforu, który jest solą tkanek, a nie krwi. Jeżeli wnikanie wody z krwi do tkanek trwa dalej, to wydzielony mocz musi nosić cechy krwi zubożałej w chlor i fosfor. Tu mamy okres minimalnego wydzielania fosforu i zmniejszania się chloru. Tymczasem wnikanie wody w tkanki nie mogło nie wywołać zmian. Zmiany te, zdaniem naszem, cechują gorączkę i wystarczają zupełnie do wywołania „gorączkowego“ wydzielania, jak również są jego koniecznym warunkiem. Każde rozwodnienie tkanek pociąga za sobą żywsze sprawy chemiczne, żywsze spalanie. W myśl nowych teoryi chemicznych, rozcieńczone tkanki oddziaływają i konsumują się żywiej, a wytwory spalania są właśnie azot i fosfor.

Nukleina dostarcza fosforu i kwasu moczowego; potasu i azotu dostarczają inne jądrowate substancye; ztąd w obiegu zjawiać się zaczynają fosforany w nadmiernej ilości i przechodzą w mocz. To jest stadyum znane powszechnie, kiedy krew i tkanki stoją w jednakim stosunku, kiedy mocz ubogi w chlor, a obfitujący w azot i fosfor. Stan ten trwać może długo; jest to stadyum najczęściej spostrzegane, bo najdłużej trwające, stadyum, na którem zebrano wszystkie nasze wiadomości, dotyczące gorączki. Jeżeli teraz ustanie podrażnienie, które nazwaliśmy przyczyną gorączki, a — być może, że do ustania przyczynia się mniej lub więcej szybkie spalanie — jeżeli tedy ustanie przyczyna, możemy przypuścić, że naczynia wracają do normy, że obieg się zmienia. I wydaje się nam rzeczą bardzo prawdopodobną, że teraz kierunek prądu, który szedł od krwi do tkanek, biegnie od tkanek do krwi i przesyca ją „tkankowymi“ soki. Ztąd *maximum* fosforu i azotu, *minimum* chloru, bo tkanki ubogie są w chlorki. Mocz, który w pierwszym okresie był obrazem krwi, staje się teraz obrazem tkanek i nagromadzony kwas moczowy, oraz fosfor, występują w moczu w niebywałej obfitości.

Taki jest, zdaniem naszem, przebieg krążenia w gorączce i tylko zmianami w krążeniu rozkład ciała objaśniać się może koniecznie i wystarczająco. Na poparcie mniemania naszego przytoczyć możemy liczne prace nad ciśnieniem we krwi, nad objętością narządów w gorączce i nad krążeniem. Wszystkie przemawiać się zdają za tem, że w czasie gorączki naczynia są zwężone (pomimo znanego spostrzeżenia patologów nad wysuszaniem otrzewnej u żaby). Wszystkie świadczą za tem, że zwężenie naczyń warunkuje szybszy obieg i szybszą przemianę.

Zbytnio upierać się jednak przy naszych przypuszczeniach nie będziemy. Nie wątpimy, że inną drogą również gładko spostrzegane w wydzielaniu zjawiska objaśniać się dają. Chcemy tylko raz jeszcze położyć nacisk, że mimo nie wytłomaczonej zmiany obiegu, tę zmianę za wystarczającą dla wywołania wielkich rewolucyi uważamy. Chociaż nieznany nam bodziec, który gorączkę wywołuje, uważamy, że jeden taki wystarczy do wprowadzenia w grę całego zgubnego procesu; nie potrzeba do tego żadnego jadu, który się sączy, a potem przez nerki wydziela, tylko jednego podrażnienia, które przez *circulus vitiosus* sprawę, zwaną gorączką w formie typowej utrzymuje. *Circulus vitiosus* utrzymuje się w ten sposób: przez wsiąkanie wody do tkanek następuje rozkład białka; przez rozkład białka wzmaga się ilość cząsteczek, wzrasta ciśnienie osmotyczne w tkankach, które nowe wsiąkanie wody wywołuje i tak bez końca.

Wreszcie godzi się podnieść ten szczegół, że właśnie to, co brano za zwiastuna gorączki, jest zwiastunem polepszenia, a to co miało być polepszeniem, jest zapowiedzią pogorszenia. Tak sprzeczne czasem przybierają postacie sprawy jednakie i jednaka postać czasem różne sprawy ukrywa.

II. O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej (epilepsyi Jacksona).

Podał

Prof. Dr. Jan Prus,

Dyrektor Instytutu Patologii ogólnej i doświadczalnej Uniwersytetu lwowskiego.

(Według wykładu mianego w Towarzystwie lekarskiem we Lwowie, dnia 10 czerwca 1898, a zapowiedzianego na Zjazd lekarzy i przyrodników, mający się odbyć w Poznaniu r. b.).

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Drugie zasadnicze pytanie, stanowiące myśl przewodnią mej pracy, opiewa: czy przykładając elektrody do kory mózgowej drażnimy komórki lub włókna ruchowe, czy też komórki lub włókna czulne?

Chcąc odpowiedzieć na to pytanie, pędzlowałem korę mózgową w zakresie sfery ruchowej rozmaitemi ciałami chemicznemi, o których nam wiadomo, że działają znieczulająco, lub powstrzymują napady padaczkowe.

Chloral w wodnym roztworze, chloroform lub eter, zastósowane bezpośrednio na korę mózgową, podrażniają korę nader silnie, sprowadzają silne nastrzykanie naczyń i potęgują pobudliwość kory mózgowej tak, że już słabe prądy wywołują napad padaczkowy, a co więcej, już samo zapędzlowanie kory wywołuje czasem napad. Bromek potasu w 10% rozczynie wodnym sprowadza zwężenie naczyń i podwyższa pobudliwość kory na pewien czas; dopiero później obniża się pobudliwość kory mózgowej, zawsze jednak udaje się wywołać napad padaczkowy przez podrażnienie pędzlowanej kory. Morfina w rozczynie wodnym 2% podwyższa z początku znacznie pobudliwość kory i sprowadza silne przyspieszenie oddechania, a następnie zmniejsza nieco pobudliwość kory. Po zapędzlowaniu kory zgęszczonym rozczynem wodnym antypiryny trzeba wprawdzie użyć silniejszego prądu celem wywołania napadu padaczkowego, ale też i napad jest o wiele gwałtowniejszy, niż poprzednio. Pędzlowanie kory ortoformem sprowadza bardzo silne przekrwienie i potęguje pobudliwość kory mózgowej. Natomiast okazało się, że kokaina jest dla moich celów najlepszym środkiem.

Już w kilka minut po zapędzlowaniu kory mózgowej w sferze ruchowej wodnym 10%, lub słabszym rozczynem kokainy, drażnienie prądem elektrycznym kory zapędzlowanej nie sprowadza napadu padaczkowego, jakkolwiek z ośrodka podrażnionego wywołać można skurcz odpowiednich mięśni tak długo trwający, jak długo trwa drażnienie kory. Jeśli zapędzlowaną część kory drażnimy stopniowo coraz silniejszym prądem, pojawiają się kurcze przeważnie tężcowe w innych także mięśniach, a wreszcie we wszystkich mięśniach ciała; po odjęciu atoli elektrod od kory mózgowej kurcze te natychmiast znikają. Jeżeli zapędzlujemy korę kokainą po jednej stronie i wkrótce potem podrażnimy prądem elektrycznym korę mózgową po drugiej stronie, a więc korę, dotychczas jeszcze nie znieczulaną pędzlowaniem kokainy, to pojawia się typowy napad padaczkowy obustronny. Natomiast po dłuższym czasie (mniej więcej po kilkunastu minutach) zwłaszcza po kilkakrotnem zapędzlowaniu kory mózgowej po jednej stronie, nie możemy zazwyczaj wywołać napadu, nawet przez drażnienie półkuli niezapędzlowanej kokainą; widocznie kokaina zastósowana na jedną półkulę działa po pewnym czasie także na drugą półkulę znieczulająco. Dodać winienem, że wśród najgwałtowniejszych nawet kurczów, jakie występują w ciągu bardzo silnego elektrycznego drażnienia kory zapędzlowanej, zwierzę nie traci ani na chwilę przytomności.

Doświadczenia te dowodzą w pierwszym rzędzie, że w korze mózgowej, w zakresie sfery ruchowej, znajdują się niewątpliwie pierwiastki czulne i to przedewszystkiem zakończenia nerwów czulnych, a powtóre wskazują, że punktem wyjścia padaczki korowej są stanowczo zakończenia nerwów czulnych, lub też komórki czuciowe, znajdujące się w korze mózgowej, a nie komórki, względnie włókna, ruchowe; wiadomo bowiem, że kokaina działa porażająco na zakończenia nerwów czulnych, względnie na komórki czuciowe. Wobec tego musimy na nasze drugie zasadnicze pytanie odpowiedzieć, że przykładając elektrody do kory mózgowej w zakresie sfery ruchowej, drażnimy nietylko pierwiastki ruchowe, lecz także elementa czuciowe i że efekt, jaki otrzymujemy przez elektryczne podrażnienie kory, zależy od stopnia pobudliwości tych pierwiastków. Ze szczególniejszym zaś naciskiem zaznaczyć muszę, że do wywołania napadu padaczkowego z kory potrzeba nieodzownie podrażnienia pierwiastków czuciowych, a najprawdopodobniej głównie zakończeń nerwów czulnych w korze mózgowej.

Dzięki tej okoliczności, że po zapędzlowaniu kory kokainą napad padaczkowy nie pojawia się wcale wśród drażnienia kory najsilniejszym nawet prądem, mogłem dokładnie badać nietylko umiejscowienie ośrodków ruchowych w korze, czyli tak zwaną lokalizacyę, oraz funkcyę dróg piramidalnych, lecz co więcej mogłem stanowczo przekonać się o istnieniu dróg pozapiramidalnych jak niemniej określić ich fizyologiczne znaczenie.

Pomijając na tem miejscu sprawę umiejscowienia ośrodków ruchowych w korze, jak niemniej omówienie funkcyi dróg piramidalnych, pragnę tylko przedstawić w najogólniejszych zarysach rzecz dotyczącą dróg pozapiramidalnych.

Że drogi ruchowe **pozapiramidalne** niewątpliwie istnieją, przekonały mię o tem doświadczenia, wykonane w sposób następujący: znieczuliwszy kokainą korę mózgową w zakresie sfery ruchowej, bądź po jednej stronie, bądź też w obu półkulach, przecinałem zupełnie i to obustronnie drogi piramidalne w piramidach, a względnie wycinałem na znaczniejszej przestrzeni obie piramidy, albo też przecinałem obie szypułki mózgowe tak, że nie tylko drogi piramidalne, ale i drogi t. zw. mostowe przerywałem. Następnie drażniłem prądem przerywanym różne miejsca kory w zakresie sfery ruchowej. Wynikiem stósownego podrażnienia kory był zawsze skurcz pe-

wnych mięśni. Otóż zważywszy, że w doświadczeniach tych wyłączyłem wszystkie odruchy przez poprzednie znieczulenie kory i że podnieta z kory nie mogła się przenieść na mięśnie za pośrednictwem dróg piramidalnych lub mostowych, z powodu zupełnej ich przerwy, sądzę, że istnienie dróg ruchowych pozapiramidalnych nie może podlegać żadnej wątpliwości. Jakkolwiek przebieg dróg pozapiramidalnych zapewne jest dość zawiły i jakkolwiek nie wiem, z ilu neuronów droga ta się składa, to jednak mam nadzieję, że dalsze badania sprawę tę wyświecić zdołają. Tu tylko nadmienię jeszcze, że jak z doświadczeń swych wnosić mogę, drogi te krzyżują się w rdzeniu przedłużonym.

Co się tyczy fizyologicznego znaczenia dróg pozapiramidalnych, to na podstawie swych doświadczeń wypowiedzieć mogę zdanie, że drogi pozapiramidalne przewodzą głównie podniety dla ruchów skojarzonych, a nie dla ruchów, że się tak wyrażę, pojedynczych. Przykład najlepiej tę rzecz objaśni: jeżeli po obustronnem przecięciu dróg piramidalnych i po znieczuleniu kory kokainą przyłożę elektrody na ośrodek ruchowy dla łapki przedniej lewej, a więc na półkulę prawą i prąd stopniowo wzmacniam, to przy pewnej sile prądu pojawia się efekt ruchowy od razu aż w 3-ch łapkach. I tak: 1) łapka przednia lewa wyprostowywuje się w stawie łokciowym, a palce łapki się wyprężają i rozstawiają; 2) łapka przednia prawa zgina się w stawie łokciowym i podnosi się ku górze; 3) łapka tylna prawa zgina się w stanie biodrowym i podnosi się również nieco w górę, podczas gdy wszystkie mięśnie łapki tylnej lewej pozostają przez cały czas drażnienia w spokoju i są zupełnie wiotkie, chociażby przed drażnieniem kory okazywały zwiększenie napięcia mięśniowego, jak to często po przecięciu dróg piramidalnych się zdarza. Jak widzimy, podrażnienie jednego ograniczonego miejsca kory (elektrody rozstawione zaledwie na odległość jednego lub dwóch milimetrów) wywołuje równocześnie wyprężenie łapki przedniej po przeciwległej stronie drażnienia oraz zgięcie łapki przedniej i tylnej po stronie drażnienia. Jest to więc niewątpliwie ruch bardzo skojarzony. Zupełnie analogiczny efekt uzyskuje się przez podrażnienie ośrodka ruchowego dla łapki przedniej prawej a więc z półkuli lewej. Jeżeli inny ośrodek drażnimy, ruchy skojarzone odmiennie się przedstawiają.

Z uwagi, że ruchy wywołane za pośrednictwem dróg pozapiramidalnych są przeważnie ruchami skojarzonymi, jak niemniej z uwagi, że ruchy skojarzone są zwykle wynikiem odruchu, nasuwa się pytanie, czy drogi pozapiramidalne nie należą przedewszystkiem do dróg odruchowych? Na to pytanie, jakoteż na pytanie, czy podnieta woli może się przenieść za pośrednictwem dróg pozapiramidalnych, czy drogi pozapiramidalne mają wpływ na napięcie mięśniowe i czy w ruchu dowolnie wykonywanym działają równocześnie drogi piramidalne i drogi pozapiramidalne, trudno mi dziś dać ścisłą odpowiedź; sądzę jednak, że w mechanizmie tak skomplikowanym, jakim jest wykonanie jakiegoś ruchu dowolnego, współdziałają prawdopodobnie obie drogi; trudno bowiem przypuścić, aby jeden łącznik między korą a rdzeniem, pod postacią dróg piramidalnych, mógł wystarczyć do harmonijnego działania rozmaitych mięśni wśród wykonywania najprostszego nawet ruchu dowolnego.

Odkładając rozstrząsanie powyższych pytań na później nie wątpię, że dokładne zbadanie anatomii, fizyologii, i patologii dróg pozapiramidalnych zdoła rzucić nowe światło na niejedną dotychczas ciemną sprawę w neurologii.

Dostarczywszy odpowiedzi na dwa zasadnicze pytania, które sobie zadałem na wstępie mej pracy, a mianowicie wykazawszy, że przewodzenie padaczki korowej odbywa się za pośrednictwem dróg ruchowych pozapiramidalnych i że w celu wywołania napadu padaczkowego z kory podrażnić musimy zakończenia czulne, względnie komórki czuciowe, w korze, zapytajmy się, czy na podstawie tych zdobyczy naukowych wniknąć możemy we właściwą istotę napadu padaczkowego, czyli w patogenezę padaczki.

Skoro nie ulega wątpliwości, że do wywołania efektu ruchowego, musimy zadrażnić pierwiastki czuciowe w korze mózgowej, to wysnuć możemy wniosek, że napad padaczkowy jest wyrazem odruchu i to odruchu złożonego, w którym drogi pozapiramidalne główną odgrywają rolę. Aby stwierdzić, czy wniosek ten jest słuszny, należy rozważyć, czy w napadzie padaczkowym mamy istotnie wszystkie cechy, znamionujące odruch.

Jak wiadomo, odruchem nazywamy wszelką czynność dynamiczną ośrodków nerwowych, która powstaje wskutek wrażeń, wywołanych w ośrodkach czuciowych i wskutek udzielenia się tej podniety ośrodkom, pozostającym w związku z nerwami odśrodkowymi. Czynnością zaś dynamiczną ośrodków nerwowych nazywamy wszelką czynność, wskutek której powstaje wyładowanie się nazewnątrz pewnej energii, bądź przez mięśnie w postaci pracy mechanicznej, bądź w postaci ciepła lub pewnych wytworów chemicznych. *(Zob. Fizyologię* Cybulskiego, str. 254).

Jakkolwiek nie ulega najmniejszej wątpliwości, że w myśl powyższego określenia odruchu możemy z najogólniejszego punktu widzenia zaliczyć padaczkę korową do spraw odruchowych, to jednak na poparcie tego twierdzenia przytoczyć mogę w szczególności następujące dowody:

1) Napad padaczkowy, podobnie jak każdy odruch, składa się z trzech okresów, a mianowicie: a) z okresu podrażnienia nerwów czuciowych w korze, b) z okresu podrażnienia ośrodków odruchowych i c) z okresu podrażnienia nerwów odśrodkowych.

2) W padaczce korowej tak samo jak w każdym odruchu podnieta, a mianowicie prąd elektryczny, zastosowany na korę mózgową, musi mieć pewną siłę, aby wywołać odruch w postaci napadu padaczkowego.

3) W padaczce, tak samo jak w każdym odruchu, upływa pewien czas pomiędzy chwilą podrażnienia kory a pojawieniem się drgawek padaczkowych i to nieraz kilka a nawet i kilkanaście sekund.

4) W padaczce, podobnie jak w każdym odruchu, stosunkowo słaba nawet podnieta sprowadza ogromne wyładowanie się pewnej energii i to głównie w postaci pracy mechanicznej.

5) W padaczce, podobnie jak w innych odruchach, n. p. kichaniu, wymiotach, skakaniu, ruchy odruchowe są ruchami złożonymi i zależą od skurczu grup mięśniowych, a nie od skurczu pojedynczego mięśnia.

6) Napad padaczkowy, podobnie jak inny odruch, może się albo ograniczyć na pewną tylko grupę mięśni, (monospasmus), a względnie na jedną stronę ciała (napad

padaczkowy połowiczy), albo też może się uogólnić na wszystkie niemal mięśnie (napad obustronny). Zależy to nietylko od siły podniety, ale i od stopnia pobudliwości ośrodków odruchowych. Co się tyczy uogólnienia się napadu padaczkowego, to zdaniem mojem prawidło Pflügera nie może tu mieć zastósowania, albowiem wskazuje ono nam tylko, w jaki sposób uogólniają się ruchy odruchowe, jeżeli podnieta wychodzi z obwodu i dochodzi najprzód do rdzenia pacierzowego, a mianowicie wyjaśnia nam, że podnieta przechodzi z pewnej części rdzenia pacierzowego najprzód na komórki ruchowe, po tej samej stronie i w tej samej wysokości się znajdujące, później przechodzi na drugą stronę rdzenia w tej samej wysokości, a następnie przechodzi na wyższe części rdzenia pacierzowego, a wreszcie dochodzi do rdzenia przedłużonego, gdy tymczasem prawidło to nie mówi wcale, w jaki sposób uogólnia się odruch, gdy podnieta wychodzi z kory mózgowej i jak ztąd przenosi się ta podnieta na głębsze części mózgu i rdzeń przedłuzony tak, że wreszcie dochodzi do rdzenia pacierzowego. Tu jednak nie chodzi mi wcale o dokładne podanie prawa, według którego ruchy odruchowe z kory mózgowej się uogólniają, lecz zależy mi tylko na wskazaniu, że niema zasadniczej różnicy między uogólnianiem się napadu padaczki korowej, a uogólnianiem się ruchów odruchowych w rdzeniu pacierzowym; różnice te bowiem zależą oczywiście tylko od różnicy w anatomicznej budowie mózgu i rdzenia pacierzowego. Prawdopodobnie podnieta z kory mózgowej przechodzi za pośrednictwem dróg pozapiramidalnych lub ich gałązek pobocznych najprzód na zwoje podkorowe (ciałko prążkowane, wzgórek wzrokowy, wzgórek czworaczy i t. d.), następnie dochodzi do jednej połowy rdzenia przedłużonego, a wreszcie przenosi się albo wprost na drugą połowę rdzenia przedłużonego, albo też przenosi się za pośrednictwem pewnych spoideł mózgowych najprzód na zwoje podkorowe drugiej półkuli, a ztąd dopiero przechodzi na drugą połowę rdzenia przedłużonego, w któréjto chwili następuje utrata przytomności, t. j. zawieszenie czynności kory mózgowej w obu półkulach.

7) Najważniejszy dowód słuszności mego twierdzenia, że napad padaczkowy jest odruchem, stanowią doświadczenia, w których przeciałem jednę połowę (prawą lub lewą) śródmóżdża. Zważywszy, że odruchy rdzeniowe pojawiają się w zwykły sposób, stósownie do prawa Pflügera, nawet w tych przypadkach, w których poprzecznie ponacinano do połowy rdzeń pacierzowy w różnych wysokościach, a z którychto doświadczeń wynika, że uogólnianie się odruchów odbywa się za pośrednictwem szarej substancyi rdzenia, postanowiłem przekonać się, czy napad padaczkowy przyjdzie do skutku, jeżeli przetnę jednę połowę śródmóżdża. Otóż przeciąwszy jednę połowę (prawą lub lewą) śródmóżdża tuż za wzgórkiem czworaczym tylnym i zadrażniwszy korę mózgową po stronie przecięcia (a więc prawą względnie lewą półkulę), przekonałem się, że mimo przecięcia połowy śródmóżdża pojawił się typowy napad padaczkowy obustronny. Co więcej, jeżeli następnie przeciałem dolną część rdzenia przedłużonego lub rdzeń pacierzowy do połowy po przeciwnej stronie (a więc po lewej względnie po prawej stronie), to mimo tego, po zadrażnieniu kory mózgowej (bądź po prawej bądźto po lewej stronie), pojawiał się typowy napad padaczkowy obustronny. Doświadczenia te najwymowniej świadczą, że napad padaczkowy uogólnia się za pośrednictwem szarej substancyi śródmóżdża, rdzenia przedłużonego i pacierzowego, podobnie jak inne ruchy odruchowe, że więc napad padaczkowy niewątpliwie jest odruchem.

Doświadczenia te wskazują zarazem, że po przecięciu jednej połowy śródmóżdża, a więc po przecięciu dróg piramidalnych, dróg pozapiramidalnych i szarej substancyi śródmóżdża po jednej stronie, podnieta z kory mózgowej po stronie przecięcia przenosi się w tym razie albo za pośrednictwem pewnych spoideł mózgowych (commissura media), na drugą półkulę, a ztąd dopiero biegnie głównie za pośrednictwem dróg pozapiramidalnych nie przeciętych do rdzenia przedłużonego, albo też za pośrednictwem nieprzeciętej części szarej substancyi śródmóżdża na drugą stronę śródmóżdża, skąd rozprzestrzenia się dalej za pośrednictwem szarej substancyi rdzenia przedłużonego i pacierzowego aż do nerwów obwodowych.

Że drogi pozapiramidalne, przez połowicze przecięcie śródmóżdża, doznały przerwy po stronie przecięcia i że przewodzenie podniety z kory za pośrednictwem dróg pozapiramidalnych nie jest identyczne z przewodzeniem szarej substancyi, przekonałem się o tem, gdy po połowiczem przecięciu śródmóżdża podrażniłem korę odpowiedniej półkuli po poprzedniem jej znieczuleniu kokainą; w tym bowiem przypadku nie pojawił się żaden efekt ruchowy. To też ze szczególniejszym naciskiem uwydatnić muszę, że drogi pozapiramidalne przedstawiają odrębną dla siebie drogę ruchową podobnie jak drogi piramidalne.

Na dowód, że w uogólnianiu się napadu padaczkowego, jako odruchu złożonego, pośredniczy szara substancya rdzenia przedłużonego i pacierzowego, przytoczyć mogę jeszcze i tę okoliczność, że w każdym ogólnym napadzie padaczkowym wszystkie ośrodki, leżące w rdzeniu przedłużonym i pacierzowym, znajdują się w stanie podrażnienia, jak n. p. ośrodek naczynio-ruchowy, oddechowy, ośrodek dla czynności pęcherza itd.

Skoro napad padaczkowy jest odruchem złożonym, uogólniającym się za pośrednictwem szarej substancyi ośrodków nerwowych, jasną jest przeto rzeczą, że szukanie siedziby padaczki w jakimś szczególniejszym odcinku układu nerwowego nie jest usprawiedliwionem, i że wyosobnione ośrodki, w których mieściłaby się wyłącznie siedziba padaczki, nie istnieją. Z tego punktu widzenia musimy i inne rodzaje padaczki a nawet padaczkę rodzimą zaliczyć także do spraw odruchowych, jakkolwiek punktem wyjścia padaczki mogą być w różnych rodzajach padaczki najrozmaitsze nerwy względnie komórki czulne, a prawdopodobnie i nerw współczulny (sympathicus).

Wyniki pracy mej streścić mogę w następujących zdaniach:

1) Teorya Unverrichta o przewodzeniu padaczki korowej wzdłuż powierzchni kory mózgowej według t. z. prawa irradyacyi nie wytrzymuje krytyki.

2) Drogi piramidalne w przewodzeniu padaczki korowej nie biorą żadnego udziału.

3) W padaczce korowej przewodzenie podniety z kory aż do rdzenia przedłużonego odbywa się głównie za pośrednictwem dróg rucho-

wych, które nazwałem drogami pozapiramidalnemi a które przebiegają z kory mózgowej do rdzenia przedłużonego i pacierzowego przez górną część śródmóżdża i w rdzeniu przedłużonym się krzyżują.

4) Drogi pozapiramidalne są drogami ruchowemi równorzędnemi do dróg piramidalnych. Drogi te, których anatomiczny przebieg nie jest mi jeszcze dokładnie znany, pośredniczą nie tylko w odruchach, wywołanych z kory mózgowej, lecz także w ruchach dowolnych, przewodząc głównie podniety dla ruchów skojarzonych i przyczyniając się do należytej zborności ruchów.

5) Po znieczuleniu kory mózgowej kokainą nie można wywołać napadu padaczkowego przez drażnienie kory najsilniejszym nawet prądem, do wywołania więc napadu padaczkowego z kory koniecznem jest podrażnienie nerwów względnie komórek czulnych w korze.

6) Napad padaczki korowej jest wyrazem czynności dynamicznej ośrodków nerwowych, czyli, innemi słowy, jest odruchem złożonym, wywołanym z kory mózgowej przez zadrażnienie zakończeń nerwów czulnych w korze.

7) Uogólnianie się napadu padaczkowego, odbywa się za pośrednictwem szarej substancyi układu nerwowego (śródmóżdża, rdzenia przedłużonego i pacierzowego).

8) Wyosobnione ośrodki, w którychby mieściła się wyłącznie siedziba padaczki, — nie istnieją.

9) Zasadniczej różnicy pomiędzy padaczką korową a rodzimą niema.

10) Wyśledzenie punktu wyjścia padaczki ma dla celów leczniczych największą doniosłość.

III. Przypadek wągra w ciałku szklanem.

Podał

Dr. Teodor Bałłaban,

okulista we Lwowie.

Nawiązując do przypadku, ogłoszonego w Nr. 29 i 30 *Przegl. lek.*, przy opisie którego wspomniałem już o wągrze śródocznym, pozwalam sobie podać podobny przypadek, który prawie równocześnie miałem sposobność spostrzegać.

Chora, licząca lat 30, oświadczyła mi, że przed kilku tygodniami, położywszy się spać zupełnie zdrową, zauważyła po przebudzeniu się nazajutrz, że na oko lewe prawie zupełnie ociemniała. Zresztą miała być ona zawsze zupełnie zdrową i nie zauważyła nigdy w stolcu członów tasiemca.

Oko prawe: zewnętrznie zupełnie prawidłowe, źrenica oddziaływa zupełnie miarowo; po zapuszczeniu homatropiny występuje prawie zupełne rozszerzenie źrenicy (mydriasis). Podczas gdy przy pomocy płaskiego zwierciadła i słabego szkła wypukłego przyświeca dno oka szarawo, można przy użyciu zwierciadła wklęsłego, a jeszcze lepiej wielkiego wklęsłego zwierciadła, używanego przy badaniu krtani, oświecić dobrze górną część dna oka i widzieć liczne płatkowate męty w ciałku szklanem. Z powodu bardzo małej przezroczystości ciałka szklanego badanie dna oka jest bardzo utrudnionem. A jednak można rozpoznać w dolnej zewnętrznej części ciałka szklanego kulistą bańkę, o szarozielonawej barwie, zajmującą całą jego dolno-zewnętrzną czwartą część, która to bańka sama nie daje się przeświecić, a powierzchnia jej jest pokrytą delikatnemi wypustkami wrzecionowatemi i cieniutkiemi szklisto-lśniącemi niteczkami, pływającemi w kształcie promieni w ciałku szklanem. Samoistnych ruchów w bańce tej nie widać; można jednak przy poruszeniach okiem, dokładnie dostrzedz lekkie poruszenia całości. W pozostałych częściach ciałka szklanego są widoczne liczne, bardzo subtelne zaćmienia, w postaci płatków i nitek. O ile można widzieć, siatkówka przylega wszędzie dobrze, tożsamo nie uderzają na niej żadne grubsze zmiany, jako to przedziurawienie i t. p.

Naczynia siatkówkowe są mocno rozszerzone, ściany naczyń zgrubiałe, tarcza nerwu wzrokowego przekrwiona i przyćmiona, a tylko górna granica jej daje się mniej więcej dość ostro rozpoznać. Soczewka jest przezroczysta. Tn. — Poczucie światła zachowane, natomiast lokalizacya jego bardzo upośledzona.

Według wszelkiego prawdopodobieństwa mamy tu przed sobą przypadek obumarłego i otorbionego wągra śródocznego, mimo że wieńca haczyków nie widzimy. Powstanie tego rodzaju ograniczonego pęcherzyka w ciałku szklanem możemy sobie tylko wytłómaczyć albo przez otorbienie jakiego ciała obcego, n. p. odłamka metalowego i t. p., lub też przez otorbienie pasorzyta, który również w oku wywołuje te same następstwa, co każde ciało obce. Ponieważ żadnych śladów urazu nie mieliśmy, a nowotwór siatkówki (glioma), ze względu na wiek chorej i na cały jej stan obecny, wykluczyć można, nie pozostawało nam nic innego, jak tylko przypuścić, że w tym przypadku mieliśmy do czynienia li tylko z otorbionym wągrem śródocznym.

Literatura tego przedmiotu, od czasu wykrycia wągra śródocznego, jest formalnie zasypana opisami odpowiednich przypadków. W dostępnej dla mnie literaturze zebrałem 324 podobnych spostrzeżeń. Pierwszy przypadek wągra w przedniej komorze opisali Sömmering i Schott w r. 1830; Baum w r. 1838 — pod spojówką, Sichel w r. 1846 — pod powieką, A. v. Graefe w roku 1854 — w ciałku szklanem, a w r. 1855 pod siatkówką.

Wprawdzie już w r. 1855 odkrył Coccius[1]) bańkę w tylnej części dna oka, nie była ona jednak wówczas jeszcze dokładnie zbadaną i objaśnioną. W tymże roku znajdujemy opis przypadku wągra pod siatkówką przez Arlta, co do którego nasuwają się jednak również pewne wątpliwości. Tak więc pokazuje się, że A. v. Graefe był pierwszym, który wziernikiem rozpoznał siedzibę wągra w głębi oka.

Jemu też należy się głównie zasługa nietylko odkrycia i stwierdzenia wągra w oku, ale też i ogłoszenia wielkiej liczby odpowiednich przypadków, które doprowadziły go do stanowczego określenia rozmaitej siedziby, patogenezy i terapii tego cierpienia. Hirschberg, który w niemniejszej liczbie prac prowadził i uzupełniał dalej badania Graefego, zajmuje po Graefem drugie naczelne stanowisko w rozpoznaniu i osądzeniu tej ciężkiej choroby.

W r. 1870 zestawił on dotychczasową literaturę, zaś w r. 1876, w pracy swojej „Hygienisches aus der Augenklinik", zwraca on uwagę na mnożenie się i szybkie wzrastanie przypadków wągra ocznego w Niemczech, a zarazem podaje środki zapobiegawcze przeciw szerzeniu się tego cierpienia. Że wzmaganie się tej choroby w Niemczech w istocie wówczas szybko postępowało, widzimy także z tego, że podczas gdy v. Graefe częstość tej choroby obliczał na 1:1000, to mógł Hirschberg w kilka lat później stwierdzić stosunek 1:420.

W tych zestawieniach jednak to jest najciekawszem, że podczas gdy największa liczba ogłoszonych przypadków przypada na północną część Niemiec, to w południowych prowincyach pierwszy przypadek został ogłoszonym dopiero w r. 1877 przez Bergera.

W tymże czasie, jak również i później, ogłaszano bardzo liczne przypadki; niektórzy zaś autorowie opisywali

---

[1]) Coccius: Über die Anwendung des Augenspiegels. Leipzig 1853 p. 93.

równocześnie po kilka przypadków naraz (Evers, Cohn, Freitel, Leber i t. d.). Że mimo tych licznych publikacyj przedmiot ten zajmuje lekarzy jeszcze po dziś dzień, widzimy to z obecnie ogłaszanych jeszcze licznych przypadków.

We Francyi trzy pierwsze przypadki zostały ogłoszone przez Sichela w latach 1843, 1846 i 1854. Dotyczyły one wszystkie wągra podspojówkowego. Gdy po kilkuletniej przerwie w roku 1871 J. Gros opisał wągra w tkance podskórnej w okolicy brwi, od tego czasu zwiększa się i u Francuzów rok rocznie ten odłam literatury. Mimo że Wecker[1]) w swojem dziele: „Die Erkrankungen des Uvealtractus und Glaskörpers“ zwraca uwagę na rzadkie występowanie tego pasorzyta we Francyi, gdyż na 60.000 chorych miał on sposobność raz tylko oglądać wągra w oku, to jednak poucza nas zestawienie dotyczącej literatury, że wprawdzie pod względem ilości przypadków Niemcy stanowczo pierwsze i najwybitniejsze zajmują miejsce, ale że i Francyi nie można postawić na ostatnim planie. Ostatnie ogłoszone przypadki francuskich autorów, jak Badala i Lecomta, dotyczyły wągra w oczodole, Dora w ciałku szklanem. Przypadek opisany równocześnie przez Fromageta jest identycznym z przypadkiem Badala.

We Włoszech pierwszy przypadek wągra w oku ludzkiem, o którym poniżej jeszcze wspomnę, ogłosił Appia w r. 1853. Marini opisał pierwszy przypadek w ciałku szklanem w roku 1870; pod siatkówką Rampoldi w roku 1880; pod spojówką Manfredi w r. 1884. Większą liczbę przypadków nagromadził de Vincentiis, który również jak Hirschberg w Niemczech, położył w tej części literatury włoskiej największe zasługi. I tak donosi on w roku 1887 równocześnie o wągrze podspojówkowym i podsiatkówkowym. W r. 1889 opisuje 7 nowych przypadków wągra, z których 3 były pod spojówką, 2 pod siatkówką, a 2 w ciałku szklanem. Dalej w roku 1894 ogłasza przypadek *Tenonitis serosa*, wywołany przez wągra, wreszcie w roku 1896 opisuje znów wągra w ciałku szklanem. Jeżeli dodamy do tego jeszcze 6—7 przypadków spostrzeganych przez innych autorów, to zdaje się, że odpowiednia literatura włoska jest mniej więcej wyczerpaną.

W Anglii pierwszy przypadek wągra śródocznego był opisanym w r. 1833 przez Logana, drugi w r. 1841 przez Cantona, a trzeci w r. 1844 przez Dalrympla. Wszystkie 3 dotyczyły wągra w przedniej komorze. Dziwną jest ta okoliczność, że podczas gdy we Francyi 3 pierwsze ogłoszone przypadki odnosiły się do podspojówkowej siedziby wągra, to pierwsze 3 przypadki angielskie odnoszą się do wągra w przedniej komorze. Odpowiednio do umiejscowienia były dalej spostrzegane przypadki następujące: w r. 1848 Cantona pod spojówką, w roku 1852 Bowmana w oczodole, w roku 1862 Windsora w przedniej komorze, dalej ogłosili Hulke, Sinclaire, Bovater, Highet, Griffith-Hill przypadki w ciałku szklanem, Highens w oczodole, a Grossmann z siedzibą w tęczówce.

W Ameryce pierwszym był przypadek ogłoszony 1874 r. przez Regnolda w tęczówce, dalej ogłosił Kipp Charles 1876 r. pod spojówką, Turnbull 1880 r. w ciałku szklanem, Salm z Texas r. 1881 opisuje 5 przypadków; Lagleuze z Buenos-Aires 1885 r., Lopez z Meksyku 1892 r. i Cheatam z Louisville 1894 r., wszyscy trzej z siedzibą w ciałku szklanem. W r. 1894 ogłosił wreszcie Woodruff wągra pod siatkówką.

W Rosyi pierwszym był przypadek wągra w ciałku szklanem, dostrzeżony w r. 1864 w Kijowie przez rodaków naszych Talkę i Milliota; drugim był przypadek widziany w Petersburgu, a trzecim przypadek opisany przez Logetschnikowa pod siatkówką. Prawie wszystkie inne przypadki literatury rosyjskiej dotyczą wągra w ciałku szklanem (Maklakow, Pokrowsky, Krukow, Schröder, Magawly, Trapesnikow). Prócz tych ogłosił Rabinowitsch przypadek w przedniej komórce, Blessig pod spojówką a Maklakow pod siatkówką. Ostatnie przypadki były ogłoszone w r. 1896 przez Prawossuda pod spojówką i w roku 1897 przez Lutkewitscha pod siatkówką. W ogólności jest wągr śródoczny w Rosyi bardzo rzadkim. Maklakow widział przez cały czas swej 25-letniej okulistycznej działalności nie więcej jak 5 przypadków. Lutkewitsch zdołał zebrać 38 przypadków wągra, które w rosyjskiej literaturze opisano od roku 1860 do roku 1897. Z nich znajdował się wągr w głębi oka 26 razy, pod spojówką 5 razy, 2 razy w przedniej komorze, a w 5 przypadkach siedziba wągra nie była podaną. Z tych spostrzeżeń przypada 11 na Moskwę, 11 na Petersburg a 7 na prowincye polskie. Podług zestawienia Dra Schrödera[1]) stosunek tej choroby do innych chorób wynosić ma w Petersburgu 1:185.000.

W Hiszpanii pierwsze dwa przypadki ogłosili w roku 1873 del Torro i Carreras y Arago (w ciałku szklanem). W r. 1874 ogłosił Rocafult 3-ci przypadek w ciałku szklanem, zaś w roku 1878 Carreras y Arago przypadek wągra pod spojówką.

W sąsiedniej Portugalii opisano 5 przypadków wągra ocznego w ciałku szklanem. I tak pierwszy van der Laan z Lizbony opisał w roku 1876 3 przypadki, Sanquieures w roku 1884; Fouseca ogłaszając swój przypadek wągra w ciałku szklanem, podaje, że w Lizbonie na 20.000 chorych na oczy zdarza się 1 przypadek wągra śródocznego.

O ile sięgają moje wiadomości, to zdaje mi się, że w Skandynawii były dotąd ogłoszone tylko dwa przypadki. Pierwszy przez Hansena 1871 roku w ciałku szklanem, 2-gi przez Christensena 1876 pod siatkówką.

Nie mniej rzadkiem zjawiskiem zdaje się być wągr śródoczny w Belgii, gdzie zdołałem odnaleść opisy 3 tylko przypadków, a mianowicie 1885 van Duyse, 1889 Romiée obaj w ciałku szklanem i 1896 Pergens (*Cysticercus duplex*). Pergens w swojej pracy podaje, że wągr jest w Belgii jak się zdaje częstszym, niżby można przypuszczać, gdyż on sam w przeciągu dwóch lat ostatnich rozpoznał w instytucie oftalmologicznym 2 dalsze przypadki.

W Holandyi znanym mi jest jedynie przypadek Judy, ogłoszony w r. 1895 (z siedzibą pod spojówką).

Prawdziwą rzadkością jest pojawianie się wągra w Szwajcaryi, gdzie o ile mi wiadomo, ogłoszonym był tylko jedyny przypadek Haltenhoffa w r. 1885.

Przeglądając statystykę niemieckich krajów Austryi, stwierdzamy, że pierwszy przypadek wągra z siedzibą w przedniej komorze był wspomnianym przez Hyrtla w r. 1847. W r. 1853 opisał Arlt wągra pod siatkówką a w r. 1858 pod spojówką. Dalej opisuje w roku 1867 Koller wągra podspojówkowego, którego wyjął Arlt, w tymże roku opisuje Becker wągra w ciałku szklanem; dalej spostrzegali wągra: 1874 Hock, 1877 Fuchs, obaj pod spojówką, 1883 Hock pod siatkówką, 1891 Salzmann i 1892 Zirm, obaj pod siatkówką, 1893 Schöbl („*Cysticercus triplex*“), a w r. 1897 Hirsch z Pragi pod siatkówką.

Z innych krajów monarchii austryackiej rozporządzają dotychczas dokładnemi danemi tylko Czechy.

Herrnheiser wspomina w swej monografii o 3 przypadkach, które spostrzegano w klinice Hasnera. Pierwszy w r. 1870 między soczewką a tęczówką, dwa dalsze w r. 1873 jeden pod spojówką, drugi w ciałku szklanem. Do tego dorzuca on własny przypadek wągra w ciałku szklanem, który badano w klinice Sattlera. W 4 lata później zestawił Mitwalsky 15 przypadków, które dotychczas w Czechach spostrzegano, i dołączył do nich 3 własne spostrzeżenia a mianowicie 2 r. pod siatkówką a raz pod spojówką.

Z tego zestawienia wynika, że Czechy są z krajów Austryi najwięcej nawiedzane tą chorobą. Jeżeli zliczymy wszystkie przypadki, ogłoszone dotychczas w Austryi, to suma ich dochodzi do 35, a z tego wypływa, że chociaż Mauthner[2]) na 30.000 chorych nie widział ani jednego wą-

[1]) Wecker: Graefe-Saemisch. Handbuch der gesammten Augenheilkunde Band. IV. p. 707.

[1]) Schröder: Mittheilungen der St. Petersburger Augenheilanstalt II.
[2]) Mauthner. Lehrbuch der Ophtalmoscopie p. 461.

gra w oku, to przecież w Austryi zdarza się on dość często.

W Węgrzech pierwszy przypadek opisał Hirschler w r. 1874; wągr znajdował się pod spojówką. Następny a zarazem pierwszy przypadek wągra w ciałku szklanem ogłosił Csapodi w r. 1884. Wprawdzie już w roku 1878 ogłosił Goldzieher przypadek wągra w ciałku szklanem, później jednak pokazało się, że rozpoznanie to było mylne. W roku 1885 ogłosił Csapodi przypadek wągra pod siatkówką, zaś drugi w ciałku szklanem, a wreszcie w r. 1897 Vas Sandor przypadek wągra podspojówkowego.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Babiński 1) **Relachement des muscles dans l'hemiplegie organique.** *(Compt. rend. de la Soc. de Biologie* 9, V. 1896). 2) **De quelques mouvements associes du membre inferieur paralyse dans l'hemiplegie organique** *(Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hop.*, 30. VI. 1897).

Szereg objawów, służących do oznaczenia siedziby zmiany anatomicznej układu nerwowego w niektórych przypadkach zboczeń ruchowych, aczkolwiek dziś już wcale pokaźny i statecznie wzrastający, niejednokrotnie jednak nie dostarcza danych wyczerpujących i nie daje dokładnej odpowiedzi na ważne nieraz zagadnienia rozpoznawcze. Stąd też nieustanna dążność do wykrycia nowych, znamiennych oznak, któreby w wątpliwych przypadkach pozwoliły odnieść pewien zbiór przejawów klinicznych z całą ścisłością do tego lub owego z najważniejszych odcinków osi nerwowej. Poszukiwanie takich oznak, związanych nierozerwalnie ze zmianą anatomiczną pewnej części układu nerwowego, ma niemniej doniosłe znaczenie tam, gdzie zależy na odróżnieniu zmian organicznych od zmian czynnościowych, zdolnych niekiedy pozornem podobieństwem złudzić nawet wprawnego lekarza. Mamy tu na myśli oczywiście w pierwszym rzędzie królowę nerwic, „la grande simulatrice“, jak nazwał Charcot histeryę. W miarę tego, jak w latach ostatnich coraz dokładniej bada się wysoce złożony obraz chorobowy histeryi, tem częściej spotykają się przypadki, w których rozpoznanie różnicowe jest trudne, a nieraz istotnie prawie niepodobne. Nie wdając się w szczegółowy rozbiór podobnych przypadków, pozwolimy sobie przytoczyć na przykład zupełne porażenie połowicze, spotykane tak często w histeryi. Wiadomo, że w przypadkach tych niejednokrotnie można nie spotkać żadnej cechy znamiennej, odróżniającej porażenie czynnościowe, jako takie, od porażenia organicznego, przynajmniej we wczesnych jego okresach, zanim wytworzą się przykurczenia i znamienne wzmożenie odruchów ścięgnistych. I tu jednak napotyka się tę trudność, że w histeryi mogą wystąpić objawy, wcale podobne do drgawek padaczkowatych przy wzmożonym odruchu stopowym, chociaż, zdaniem większości klinicystów, prawdziwego wzmożenia odruchów, dochodzącego do istotnego objawu stopowego, w histeryi się nie spotyka. Ale pominąwszy tę trudność, która ze względu na rozwój sprawy chorobowej wyjątkowo tylko zdarzyćby się mogła, w samym obrazie świeżego porażenia nie można szukać danych dla rozpoznania różnicowego od czasu, kiedy wykazano, że w porażeniu połowiczem histerycznem może brać udział także nerw twarzowy[1]), i to zarówno dolna, jak obie jego gałęzie. Trudności rozpoznawcze wzrastają, jeżeli porażeniu prawej strony ciała towarzyszą zaburzenia mowy, i kiedy dopiero dokładne badanie zdoła wykryć znamienne cechy niemoty histerycznej. Zalecano w podobnych przypadkach oprzeć się w rozpoznaniu na zaburzeniach czucia; wiadomo jednak, że w porażeniach organicznych, mózgowych mogą się zdarzać znieczulenia połowicze całkowite równocześnie z zaburzeniami w sferze zmysłów, jednem słowem obraz najzupełniej podobny do zmian histerycznych (hémianesthesie sensitivo sensorielle), jeżeli rozległe ognisko chorobowe zajmuje także tylny odcinek torebki wewnętrznej, uważany powszechnie za siedzibę dróg czuciowych.

Większość podręczników łagodzi nasuwające się trudności utartym ogólnikiem, że znalezienie tak zwanych znamion (stygmatów) histerycznych doprowadzi jednakże i w tych powikłanych przypadkach do właściwego rozpoznania. Należy jednak przypomnieć, że w przebiegu histeryi zdarzają się napady udarowate, ochrzczone niezbyt szczęśliwie nazwą udaru histerycznego (apoplexie hysterique[2]), a przypominające zbyt dokładnie obraz istotnego udaru mózgowego, iżby ze względu na rokowanie nie zależało na szybkiem i ścisłem rozpoznaniu. Poszukiwanie znamion histerycznych jest wówczas oczywiście nadaremnem, dopóki właściwe tło niepokojącego stanu nie zdradzi się znamiennymi urywkami wielkiego napadu histerycznego, występującymi zwykle po pewnym upływie czasu.

Ale pominąwszy nawet niezwykłe trudności rozpoznawcze stanów tego rodzaju, nie należy zapominać o tem, że jak to już oddawna stanowczo stwierdzono, istnieją takie przypadki histeryi, w których przez czas nieraz bardzo długi może brakować najzupełniej tak zw. „znamion histerycznych“. Wobec tej tak zw. „hystérie monosymptomatique“ może lekarz, ograniczony do istniejącego tylko jednego objawu, znaleść się w położeniu wcale nie łatwem. Wreszcie w innym szeregu przypadków trzeba pamiętać o tem, że histerya łączy się niejednokrotnie ze sprawami organicznemi, dając źródło bardzo złożonym obrazom chorobowym. W przypadkach takich „skojarzeń czynnościowo-organicznych“ zależeć musi na tem, aby dla każdego z istniejących objawów znaleść właściwe tło chorobowe. Odnosząc wówczas wszystkie objawy bez wyjątku bądźto wyłącznie do histeryi, bądź wyłącznie do współcześnie istniejącej sprawy organicznej, łatwo popełnić błąd, płodny w poważne następstwa ze względu na rokowanie i leczenie. Na te skojarzenia histeryi z rozmaitemi chorobami nietylko układu nerwowego, lecz i innych narządów, zwrócił uwagę pierwszy Charcot[3]); od tego czasu ogłoszono naprzód we Francyi, a później i w Niemczech szereg pojedynczych spostrzeżeń; kilkanaście ciekawych własnych przypadków ogłosił Babiński[4]).

W takich to właśnie przypadkach możnaby najłatwiej dać się uwieść znalezionym „znamionom“ histerycznym i resztę objawów złożyć zbyt pochopnie na karb nerwicy. Brak „znamion“ mógłby doprowadzić do odwrotnej, równie niepożądanej pomyłki. Źródło błędu leży w obu razach w niedostatkach naszych środków badania, w brakach dzisiejszej symptomatologii, zmuszającej szukać danych rozpoznawczych nie w samej treści pewnej grupy objawów klinicznych, stanowiących symptomatologiczną całość, lub w treści, że tak powiemy, pewnego znamiennego objawu, lecz w innych, nieraz przypadkowych, niejako zewnątrz owego objawu lub grupy objawów leżących danych.

Punkt ciężkości rozpoznania przenieść z owych objawów dodatkowych, przypadkowych niejako, na same tylko objawy główne, znaleść w obrębie tych ostatnich pewne znamienne różnice, było myślą przewodnią Babińskiego, która kilkakrotnie[5]) wypowiadał i w ślad której[6]) od szeregu lat prowadzi poszukiwania. Jasne określenie celu, do którego dążył, t. j. rozłożyć objawy, wspólne dla pewnych spraw, na części ich składowe, które w jakiejś cząstce muszą być dla jednej lub drugiej sprawy chorobowej swoiste, nie po-

[1]) Ballet & Chantemesse Soc. méd. des Hop. 1890.

[2]) Achard Thèse de doctorat. 1887.

[3]) Leçons du Mardi. Paris, 1890—1892.

[4]) Association de l'hystérie avec les maladies organiques du système nerveux, les névroses et diverses autres affections. Bull. et. Mem. de la Soc. méd. des Hôp. 1892.

[5]) De la migraine ophtalmique histérique. Archives de neurologie, Nr. 60.

[6]) Contractures organique et hysterique. Bull. et. Mém. de la Soc. méd. des. Hôp. 1893.

zostało też bezowocne i doprowadziło do wykrycia szeregu cech, charakteryzujących z jednej strony zboczenia czynnościowe, z drugiej zmiany organiczne.

Już dawniej szczegółowy rozbiór objawów zaniku mięśniowego na tle histerycznem [7]), dokonany przez Babińskiego, dostarczył najważniejszych danych do rozróżnienia tej sprawy od zaników mięśniowych innego pochodzenia. Później nakreślił Babiński sposób rozpoznania przykurczeń histerycznych*) na podstawie właściwych im cech, które nie zawsze było możebne dawniej, dopóki w rozpoznaniu opierano się na towarzyszących im objawach innego szeregu („znamionach“ histerycznych). I tak przykurczenia organiczne nigdy nie sprowadzają tak znacznej sztywności kończyn, jak histeryczne, dozwalając zawsze na wykonanie nieznacznych, ale nigdy zupełnie nie zniesionych, ruchów biernych; sztywności przykurczeń histerycznych wcale pokonać nie można. Odruchy ścięgniste nie są zwykle w przykurczeniach histerycznych wygórowane, a zdarzające się niekiedy pozorne ich wzmożenie, nawet w zakresie odruchu stopowego, polega na drżeniu histerycznem, dającem się przy uważnem badaniu w końcu zawsze, jako takie, rozpoznać. Cechy te rzucają z drugiej strony pewne światło na patogenezę przykurczeń histerycznych, wykazując ścisłe ich pokrewieństwo patogenetyczne z histerycznem porażeniem.

Świeżo opisał znowu Babiński kilka objawów, które według dotychczasowych jego badań zdają się być swoistą właściwością porażeń połowiczych na tle anatomicznych zmian, nie zdarzają się zaś w przypadkach porażeń na tle zboczeń czynnościowych.

Pierwszym z tych objawów jest zwolnienie mięśni kończyn porażonych, występujące przedewszystkiem w przypadkach świeżych (tak zw. „relachement“ lub „hypotonicité des muscles“). Objawia się ono tem, że członkami porażonymi można wykonać niektóre ruchy bierne z wychyleniem większem, niż członkami strony zdrowej, co stwierdził Babiński w szeregu porażeń połowiczych pochodzenia mózgowego przedewszystkiem w zginaniu stawu łokciowego. Supinowane (odwrócone) przedramię strony chorej można wówczas przybliżyć do ramienia znacznie więcej, niż przedramię strony zdrowej. Objaw ten, współczesny z wiotkiem porażeniem mięśni i z osłabionymi najczęściej odruchami ścięgnistymi, można stwierdzić nader wcześnie po wystąpieniu porażenia, a jest on niewątpliwie tej samej przyrody, co obniżenie kąta ust w porażeniu organicznem nerwu twarzowego i polega na zniesieniu fizyologicznego napięcia mięśni. W porażeniach histerycznych objawu tego nigdy się nie spotyka, zdaje się jednak, że znika on niekiedy w późniejszych okresach porażeń organicznych.

Stałym natomiast, a dla porażeń połowiczych organicznych wielce znamiennym objawem zdają się być niektóre mimowolne ruchy porażonej kończyny dolnej, „skojarzone“ z innymi ruchami ciała. Na istnienie ruchów „skojarzonych“ w porażonych kończynach zwracali już uwagę Senator [8]), Sander [9]) i Koenig [10]). Babiński badając dokładnie to zjawisko, zauważył u swoich chorych trzy rodzaje ruchów skojarzonych porażonej kończyny dolnej: 1) Tak zw. „skojarzone wyprostowanie przedudzia“. Chory siedząc z nogami wolno zwieszonemi wykonywa silny ruch rękami np. zaciska pięści; wówczas kończyna porażona prostuje się w stawie kolanowym, zdrowa zaś pozostaje w spokoju. 2) Tak zw. „skojarzone zgięcie uda“. Choremu, leżącemu na wznak na podłodze ze skrzyżowanemi na piersiach rękami, rozkazuje się usiąść (bez pomocy rąk); przy siadaniu lub przy usiłowaniu tego ruchu, zgina się dolna kończyna porażona w stawie biodrowym, przyczem pięta unosi się w górę; po stronie zdrowej albo niema żadnego współruchu, lub też ruch ten powstaje nieco później i zarówno zgięcie w stawie biodrowym, jak i uniesienie pięty nie dochodzi tak wysokiego stopnia, jak po stronie chorej. Współruch strony chorej powtarza się w chwili, gdy chory z pozycyi siedzącej, wraca ze skrzyżowanemi na piersiach rękoma do pozycyi leżącej. 3) Wreszcie można równocześnie wywołać oba te współruchy. Mianowicie kładzie się chorego na wznak na łóżku z nogami przewieszonymi w kolanach przez grzbiet łóżka, lub podstawkę, wyniesioną na 10—20 cm. nad poziom łóżka. Skoro chory usiłuje usiąść z rękoma skrzyżowanemi na piersiach, wówczas po stronie zdrowej staw biodrowy się nie porusza, a staw kolanowy zgina się; przeciwnie po stronie porażonej noga prostuje się w stawie kolanowym, a zgina w biodrowym. Ruch podudzia kończyny porażonej zachowuje się więc tu wprost odwrotnie, niż podudzie zdrowe.

Z trzech tych współruchów pierwszy, to jest wyprostowanie podudzia, zauważony zresztą przez wspomnianych badaczy niemieckich, zdarza się względnie najrzadziej. Babiński spostrzegał go tylko w późnych okresach porażenia, kiedy już istniały znaczne przykurczenia, a odruchy ścięgniste były wyraźnie wygórowane — i to nie we wszystkich przypadkach. Nieco częstszem jest wyprostowanie podudzia w sposób trzeci, tu jednak bywa ono nieraz pozorne, ponieważ przy zgięciu uda podudzie przesuwa się poprzez poręcz łóżka w tył i przez to podnosi. Natomiast w tych przypadkach, gdzie współruchu tego brakuje, brakuje również (prawidłowego) zgięcia podudzia, lub jest ono znacznie słabsze, niż po stronie zdrowej. Natomiast współruch drugi, t. j. zgięcie w stawie biodrowym kończyny porażonej przy usiłowaniu siadania, opisane wogóle poraz pierwszy przez Babińskiego, zdaje się być w porażeniach organicznych objawem nadzwyczaj częstym, prawie stałym, choć nie zawsze jednakowo wybitnym. Najwybitniej występuje współruch ten u chorych ze znacznem przykurczeniem i wygórowanymi odruchami; wyraźny jednak jest i w przypadkach lekkich porażeń z ledwo dostrzegalnemi zmianami w chodzie, a chociaż z reguły spostrzegać się daje dopiero po upływie miesiąca conajmniej od chwili porażenia, to wyjątkowo spotkał go Babiński w jednym przypadku porażenia, datującego się zaledwo od dni dziesięciu.

Powstawanie tego współruchu tłómaczy Babiński porażeniem mięśni, ustalających udo względem miednicy w chwili zginania kręgosłupa.

Według dotychczasowych danych zdaje się prawdopodobnem, że współruchy te, zwłaszcza „skojarzone zgięcie uda“, które, ze względu na stałość pojawiania się, może mieć doniosłe znaczenie rozpoznawcze, nie istnieją w przypadkach porażeń histerycznych. Babiński zwraca jednak słusznie uwagę, że objawy te mają znaczenie przedewszystkiem u osobników przedtem w ten sposób nie badanych; inaczej należy się mieć na ostrożności przed udawaniem lub częstem w histeryi samopoddawaniem.

Ze względu na rozróżnienie zboczeń organicznych od histerycznych będzie może na czasie to pobieżne sprawozdanie, które uzupełnia poniekąd pracę, ogłoszoną niedawno w „Przegladzie“, stawiając objawy Babińskiego obok wykrytego przez niego „objawu paluchowego“. *C.*

[7]) De l'atrophie musculaire dans la paralysie hystérique. Arch. de. neur. 1886.

*) l. c. [6])

[8]) Ueber Mitbewegungen und Ersatzbewegungen bei Gelähmten Berl. klin. Woch. 1892.

[9]) Ueber Mitbewegungen an gelähmten Körpertheilen. Halle 1894.

[10]) Ueber Mitbewegungen bei gelähmten und nicht gelähmten Idioten. Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1897.

Körner: **Die Hygiene des Ohres.** Wiesbaden 1898. Nakład J. F. Bergmana.

Broszurka Körnera jest opracowaniem własnego jego wykładu, wygłoszonego publicznie wobec słuchaczy różnych stanów. Oczywiście więc treść broszurki jest bardzo popularną, a lekarz znajdzie w niej niewiele nieznanych sobie szczegółów; mimo to przerzuca się ją z pewną przyjemnością z powodu jasnego i potoczystego stylu. Podawszy najważniejsze wiadomości o budowie i czynnościach ucha, omawia autor kolejno higienę uszu u noworodków, dzieci i do-

rosłych, podkreślając dobitnie znaczenie nieżytów nosa dla chorób ucha i podając praktyczne wskazówki hartowania ustroju przeciw skłonności do nieżytów i t. d. *Z.*

V. Wyciągi.

Tarasewicz: **Zmiany ośrodkowego układu nerwowego (mózgu i móżdżku) w przypadku śmierci z wyniszczenia.**

Sczastny: **Zmiany narządów wewnętrznych w przypadku śmierci z wyniszczenia** *(Russkij archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny i bakteriołogii,* 1898, V, Zesz. 6). Przyczyną wyniszczenia było głodzenie się 35-dniowe wskutek choroby umysłowej (do szpitala dostał się chory dopiero na 2 dni przed śmiercią, a ciepłota ciała wynosiła w dniu przyjęcia 35·4°, w dniu śmierci w odbytnicy zrana 34·2, wieczór 34·1° C). Gołem okiem zmian w narządach wewnętrznych przy oględzinach pośmiertnych nie stwierdzono. Drobnowid wykazał w wątrobie zwężenie beleczek komórkowych, obfitość chromatyny w jądrach samychże komórek i nagromadzenie się barwika żółciowego w ich protoplazmie; w nerkach zwyrodnienie miąższowe, w mięśniu sercowym zniknięcie prążkowania poprzecznego i tworzenie się wakuol (pęcherzyków) w jądrach i protoplazmie komórek, w śledzionie zanik, zwyrodnienie szkliste naczyń i obecność komórek eozynochłonnych, w trzustce obumarcie niektórych komórek i t. d. We krwi uderzała obfitość ciałek białych jednojądrzastych, a mała ilość wielojądrzastych. Badanie układu nerwowego obudzało z tego względu zajęcie, że był to pierwszy przypadek wyniszczenia, w którym zastosowano sposób Nissla. W komórkach Purkinjego znaleziono rozpoczynającą się chromatolyzę, polegającą na pomniejszeniu się objętości i nieregularnym układzie ciałek chromatycznych; rzadko gdzie doszło aż do zupełnego rozpadu istoty chromatycznej; jądro wogóle zachowywało się prawidłowo. Większe zmiany napotkano w komórkach kory mózgowej; tu, oprócz chromatolyzy, spostrzegano zawsze rozległą wakuolizacyę komórki i pigmentacyę, dochodzącą nieraz prawie do zwyrodnienia barwikowego. Naczynia krwionośne były nastrzykane. Układ nerwowy ośrodkowy zdaje się więc ulegać w wyniszczeniu zmianom mniejszym, niż inne narządy, co przemawia za przyjętem zapatrywaniem, że jest on na wpływy wyniszczające względnie bardzo odpornym.

Doc. Ciechanowski.

Prof. A. Podres: **Uretero-cysto-neostomia.** *(Ctrbl. für Chir.,* Nr. 23, 1898). U kobiety z przetoką moczowodowo-pochwową, powstałą po jakiejś operacyi na częściach rodnych, wszczepił P. koniec nerkowy zupełnie przerwanego moczowodu w ścianę pęcherza na 4 ctm. powyżej dawnego ujścia. Jamę brzuszną otworzył cięciem łukowatem od jednego kolca biodrowego p. g. do drugiego, odszukał moczowód, który, jak się o tem teraz przekonał, był zupełnie przerwany i otwierał się do zupełnie ograniczonej jamy, spółkującej z pochwą i powyżej swego ujścia był rozszerzony do rozmiarów małego palca. Odliczywszy oderwany i zanikły koniec obwodowy moczowodu, i część ową, którą przy obluźnianiu moczowodu, musiał odciąć, powstał brak 6 ctm. Brak ten dał się łatwo pokryć przez naciągnięcie moczowodu. Na cewniku, wprowadzonym przez rozszerzoną cewkę, naciął P. w odpowiedniem miejscu pęcherz. Przez ten nowopowstały otwór przeprowadził cewnik Nelatona i w d. c. wprowadził go do moczowodu. Na cewniku przyszył moczowód do brzegów zrobionego otworu w pęcherzu jednorzędowym szwem Lemberta. Ranę brzuszną zaszył, pozostawiając tylko miejsce potrzebne do tamponowania dawnej kloaki. Cewnik w moczowodzie pozostawał przez 8 dni, w pęcherzu przez 14. Po 3 tygodniach kobietę zdrową wypisano z kliniki.

Plan tej operacyi obmyślili Bazy i Nowaro i nazwali ją „uretero-cystoneostomia". Znalazła ona zastosowanie z pomyślnym wynikiem w 6 przypadkach. *Herman.*

Rullmann: **O chorobotwórczej** *streptothrix* **wyhodowanej z plwocin.** *(Münchener med. Wochenschrift,* 1898, Nr. 29). Przed rokiem przesłał Ziemssen autorowi do zbadania plwociny pochodzące prawdopodobnie z rozpadłego gruczołu oskrzelowego, zawierające w sobie żółto-zielone bryłki, wielkości grochu, zbite, tylko z trudnością dające rozdzielić się, składające się w obrazie drobnowidowym prawie wyłącznie z nitek grzybka, barwiących się dobrze błękitem metylowym, karbolową fuksyną i sposobem Grama. Ze względu na rzeczywisty, aczkolwiek bardzo trudno dający się wyszukać podział nitek, należało grzybek ten zaliczyć do gatunku *Streptothrix.* Na sztucznych pożywkach udaje się go hodować — (*optimum* ciepłoty 37° C.) — i to tak w przystępie powietrza, jak i bez powietrza, rzeczywiste jednak rozgałęzienia występują tylko na surowicy Löfflera i jaju, podczas gdy na innych pożywkach tworzy grzybek ten laseczki z kolbowatemi zgrubieniami lub nitki bez rozgałęzień. Przeszczepianie na białe myszy, morskie świnki i króliki, podskórnie, do otrzewnej, do tchawicy, płuc i do krwi wykazało, że grzybek ten jest chorobotwórczym, zwierzęta bowiem po pewnym czasie przeważnie ginęły, a sekcya wykazywała rozsiane ogniska w gruczołach, płucach, wątrobie, śledzionie i t. d., zawierające w sobie *streptothrix* w postaci laseczek krótkich, wykonujących żywe ruche w kropli wiszącej lub laseczek z kolbowatemi zgrubieniami. W dwóch przypadkach zauważył autor, że grzybek ten wydziela zapach podobny do grzybka poprzednio przez siebie odkrytego i opisanego tz. *Cladothrix (Streptothrix) odorifera,* jednakże nie jadowitego. Usiłowania oddzielenia jadów (toksyn) nie dały dotąd pewnych wyników. *Dr. Kędzior.*

Yokote: **Żywotność prątka dżumy w pogrzebanych zwłokach zwierzęcych.** *(Ctblt. f. Bact.* 1898, XXIII, 24). Stwierdzenie, jak długo pewne zarazki zachowują swą żywotność w pogrzebanych zwłokach, posiada wielką wagę ze względu na te kraje, w których nie istnieje przymus palenia zwłok w czasie pewnych chorób nagminnych. Badań w tym kierunku dokonano już wiele z rozmaitemi bakteryami chorobotwórczemi; co do dżumy jednak nie posiadaliśmy dotąd żadnych wiadomości. Y. wykonał szereg doświadczeń na zwłokach myszy i stwierdził, że prątki dżumy stosunkowo szybko w tych warunkach obumierają; po 20 do 30 dniach nie są już zdolne do rozwoju; giną zaś tem szybciej, im wyższa jest ciepłota i im silniejszą i szybsza zgnilizna, a to mianowicie dla tego, że wówczas głuszą je bakterye gnilne. Ponieważ prątki dżumy nigdy nie tworzą zarodników, przeto prawdopodobnie i w zwłokach innych zwierząt, jakoteż ludzkich, niezadługo giną. Nie bez znaczenia jest szczegół, że nie przechodzą one przez ściany drewnianej trumny, wobec czego nie należy się obawiać zakażenia ziemi cmentarnej, byle trumny były dostatecznie szczelne.

Doc. Ciechanowski.

Kocowsky: **O anatomii patologicznej i bakteryologii obłędu ostrego (delirium acutum).** *(Russkij Archiw patologij, kliniczeskoj mediciny i bakteriołogij.* 1898. V. Z. 5). W dwóch przypadkach obłędu ostrego stwierdził autor ostre zapalenie kory mózgowej, wywołane przez ropotwórcze ziarenkowce (kokki). W jednym z tych przypadków nie można było wykryć, którędy zarazek wtargnął do ustroju; w drugim wrotami dla zakażenia było błonicowate zapalenie jelit. K. sądzi, że wszystkie przypadki samoistnego na pozór obłędu ostrego są w istocie tylko cierpieniem wtórnem, — objawem sprawy zakaźnej, która rozwija się w ustroju, rozpocząwszy się gdzieś zdala od ośrodkowego układu nerwowego; taki sam wniosek można wysnuć z badań innych autorów. *Ciechanowski.*

Koch Robert: **O rozprzestrzenieniu się dżumy.** *(Deutsche med. Wchs.* 1898 Nr. 28). Straszna zaraza, która przed kilkudziesięciu laty zdawała się być wygasłą, lub ograniczać się do Mezopotamii, pojawiła się przed dwudziestu laty znowu

w szerszych rozmiarach, przenosząc się ze swej odwiecznej kolebki przez Persyę do Rosyi. W roku 1894 stwierdzono nowe jej ognisko w Chinach; przed dwoma laty w Indyach Zachodnich nad Gangesem. Niewątpliwie jedno główne źródło, gdzie dżuma nigdy nie wygasa, znajduje się w Mezopotamii; drugie stałe ognisko zarazy zdaje się tkwić w Azyi środkowej, chociaż granic jego geograficznych dziś jeszcze na pewno oznaczyć nie można; trzecie ognisko, które jednak dotąd nigdy nie było punktem wyjścia zarazy, znajduje się na zachodnim brzegu Arabii. Obecnie odnalazł Koch czwarte, dotąd nieznane ognisko, mianowicie w kraju Kisiba, na północny-zachód od niemieckich osad we wschodniej Afryce, a raczej jeszcze bardziej w głąb Afryki, na terytoryach angielskich, w okolicy jezior Wiktoryi i Alberta. Niebezpieczeństwo zawleczenia zarazy stąd ku północy wzdłuż Nilu, acz niezbyt wielkie, niemniej jednak istnieje, gdyż tą drogą szła dżuma już kilkakrotnie.

Doc. Ciechanowski.

Gumprecht: **O znaczeniu odczynu Florencea.** (Sprawozd. Zjazdu w Jenie). Oddziaływanie nasienia przy zetknięciu się ze zgęszczonym rozczynem jodowym przez powstawanie brunatnych kryształków, znalazł także autor, używając zamiast nasienia lecytyny, sztucznie rozłożonej (przez gotowanie z wodą barytową); dlatego w ten sposób powiodło mu się wybitny odczyn uzyskać z mózgiem, białkiem jaja, kawiorem, siatkówką oka, ropą rzeżączkową, plwocinami, masłem itp., z czego wnosi, że odczyn Florencea powstaje przez produkt rozkładu lecytyny, który jak badanie chemiczne wykazało, jest zbliżonym do choliny. *F. K.*

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Memoryał w sprawie zapobiegania rozszerzaniu się gruźlicy, a w szczególności za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt gruźliczych.

(Odczytany na posiedzeniu komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. krak. w d. 13. VI. 1898).

Opracował

Prof. Dr. O. Bujwid.

Gruźlica w Europie w ogólności, a szczególnie w Austryi, szerzy się z zastraszającą szybkością. Cyfry statystyczne, jakie śmiertelność z gruźlicy wykazuje, przerastają wielokrotnie wszystkie inne choroby. Prof. Weichselbaum w odczycie wypowiedzianym w r. 1896 zaznacza zgodnie zresztą z wieloma innymi badaczami, że żadna z chorób trapiących ludzkość nie powoduje tak wielkiej śmiertelności. Obecnie umiera conajmniej 10—14% ludzi wogóle na gruźlicę. Ilość zachorowań jest jeszcze większą, ale o tem najlepiej wiedzą anatomo-patologowie, którzy zmiany gruźlicze stare, wyleczone, znajdują dopiero na stole sekcyjnym. Ilość zachorowań na gruźlicę wyniesie więc co najmniej drugie tyle.

Dużo się mówi i pisze o zakażalności gruźlicą. Uwaga jednak ogółu, nawet inteligentnego, zwraca się bardziej ku chorobom ostrym, nagminnym, których początek i pochodzenie łatwiej mogą być zbadane i rozpoznane. Gruźlica przychodzi skrycie i nieznacznie a stopniowo opanowywa ustrój. To co wogóle uważanem bywa za początek tej choroby, jakiś nieznaczny kaszel, krwioplucie i t. p. są to zwykle objawy daleko posuniętej sprawy, której początek sięga kilkunastu miesięcy, a może i paru lat.

Od roku 1882 t. j. od czasu odkrycia, dokonanego przez Rob. Kocha, wiemy, że zarazek gruźliczy dostaje się do ustroju przez bezpośrednie zakażenie. Usposobienie tkanek i dziedziczność grają tutaj rolę podrzędną, gdyż tylko zarazek może wywołać istotne zakażenie. Są pewne czynniki, ułatwiające zakażenie, są pewne warunki, niemal zawsze z gruźlicą złączone. Zarazek gruźliczy nie zawsze wywoła gruźlicę, w każdym razie jednak, gdzie niema zarazka, tam nie może być gruźlicy. Jest to obecnie pewnik, który zaprzeczonym być nie może.

Pośrednikiem w przenoszeniu zakażenia gruźlicą jest najczęściej sam chory na gruźlicę, jego wydzielina podczas kaszlu, w drobnych cząstkach unoszona przez pewien czas w powietrzu, jak to słusznie zaznacza Flügge, plwocina chorych mianowicie w ciasnych, źle przewietrzanych izbach, przedmioty będące w użyciu chorego (chustki do nosa, bielizna, pościel), wreszcie pokarmy i napoje, zawierające zarazek gruźliczy. Tutaj zarazek nie pochodzi już z chorych ludzi, ale ze zwierząt, dotkniętych gruźlicą. Jak tego dowiodły doświadczenia już przez Kocha dokonane, a przez licznych badaczy potwierdzone, gruźlica ludzka daje się przenieść na zwierzęta. Rozmaici badacze stwierdzili tożsamość, a w każdym razie bliskie pokrewieństwo zarazka gruźlicy zwierząt ssących i ludzkiej. Przytoczę 2 przypadki zakażenia człowieka od zwierząt przez bezpośrednie wprowadzenie zarazka. Dr. Tscherning z Kopenhagi opisuje przypadek skaleczenia się weterynarza w palec u ręki podczas sekcyi, którą wykonywał na gruźliczej krowie. Tscherning wyłuszczył część palca z naroślą, która okazała się gruźlicą. Mikroskop ujawnił w skrawkach tkanki bakterye gruźlicze. Weterynarz z Wejmaru de Moses w r. 1885 skaleczył się również wykonując sekcyą gruźliczej krowy. Uprzednio był on zupełnie zdrów, mając 34 lata nie przechodził nigdy żadnej sprawy gruźliczej. Ranka zagoiła się wkrótce po skaleczeniu, ale po 6 miesiącach Dr. Pfeiffer, który opisuje to spostrzeżenie, zauważył gruźlicę skórną w miejscu skaleczenia. Od jesieni r. 1886 można już było rozpoznać gruźlicę płuc. W $2\frac{1}{2}$ lat po skaleczeniu nastąpiła śmierć z gruźlicy. Nocard przytoczył mi osobiście również spostrzeżenie własne, które wykazuje w sposób pewny, że gruźlica ptaków (tuberculosis avium), która przedstawia znaczne różnice morfologiczne i biologiczne, może być przeniesioną na człowieka. Jeden z jego służących mając wiele do czynienia z sekcyami ptaków, dotkniętych gruźlicą, przestał zachowywać należyte ostrożności przy tej pracy. Po pewnym czasie rozpoznano gruźlicze zajęcie szczytów płucnych. Z plwociny, w której znajdowano liczne bakterye gruźlicze, Nocard wyhodował gruźlicę ptasią. Przypadek ten zresztą zakończył się wyleczeniem.

Przytaczanie innych podobnych przykładów zajęłoby zbyt wiele miejsca. Obecnie istnieje już zresztą obszerna literatura tej sprawy.

Z pokarmów mogących szerzyć gruźlicę szczególnie wyróżniać należy mięso i mleko zwierząt gruźliczych. Gruźlica dotyka często różne zwierzęta domowe, szczególnie świnie i krowy, mianowicie zaś często się spotyka gruźlicę u starszych krów. Ponieważ jednak zarazek gruźlicy nie jest zarazkiem septycznym, t. j. zakażającym soki i krew, lecz ma skłonność do tworzenia ognisk podobnych do ziarn lub perełek (stąd i nazwa: perlica krów) i wyjątkowo tylko napotykanym bywa w krwi i mięśniach, — ponieważ przytem mięso ulega przed użyciem działaniu wyższej ciepłoty, więc zakażenie przez pośrednictwo mięsa może być uważane za sprawę dosyć wyjątkową, tem więcej, że obowiązująca w Austryi obecnie ustawa pozwala na użycie mięsa takich tylko zwierząt, których narządy nie są wielokrotnie zakażone. A więc w gruźlicy płuc lub wątroby niszczy się tylko te narządy, reszta zaś zwierzęcia idzie do użytku. Tylko w gruźlicy ogólnej, w licznych narządach, opłucnej, otrzewnej, całe zwierzę ulega zniszczeniu.

Jeżeli tedy przez mięso gruźlicze w rzadkich tylko przypadkach zakażenie powstaje, to natomiast mleko bardzo często zarazek gruźliczy zawierać może. Nie zapominajmy, że produkt ten bardzo często używa się na surowo, „wprost od krowy"; jeżeli zresztą i zabronimy używać niegotowanego mleka słodkiego, to cóż zrobić z mlekiem kwaśnem, śmietaną, masłem i innymi przetworami z mleka, które gotowaniu ulegać nie mogą.

Liczni autorowie twierdzą wprawdzie, że tylko mleko krów dotkniętych gruźlicą wymion zaraża. Liczny jednak zastęp innych badaczy twierdzi, że gruźlica może zarażać wtedy nawet, gdy wymiona są zdrowe. Na szczęście choroba wymion nie jest częstą. I te jednak przypadki, chociażby rzadkie, przy ogólnej częstości gruźlicy a codziennem użyciu produktów nabiałowych mogą być liczne a uchodzą naszej uwagi dzięki temu jedynie, że początek gruźlicy wogóle nie daje się oznaczyć. Kto wie, ilu ludzi zakaża się w ten sposób. Być może, że ta częstość gruźlicy u ludzi ma (po części przynajmniej) przyczynę właśnie w mleku i jego produktach.

Że u krów gruźlica jest bardzo częstą, stwierdzają to liczne dowody. Przytoczę tutaj kilka cyfr z mego odczytu ogłoszonego w r. z. w Tygodniku Rolniczym, a odczytanego na Walnem Zebraniu c. k. Towarzystwa Rolniczego w Krakowie.

W Prusach w roku 1893 z 695852 sztuk bydła 62312, czyli 8·9%, uznano za gruźlicze; w samym Berlinie z tego na gruźlicę przypada 15·1%, w Magdeburgu 17·5%. W Saksonii w tymże roku z 69164 sztuk, 12630, to jest 18·26% było gruźlicą dotkniętych. Według Straucha gruźlica w Niemczech corocznie wzrasta, mianowicie u krów, tak, iż ze wszystkich starszych sztuk, 10 do 15 lat mających, do 75% choruje na gruźlicę. W r. 1894 w 127 rzeźniach niemieckich znaleziono chorych na gruźlicę 8% buhajów, 20% wołów, 64·8% krów i tylko 0·4% cieląt.

W przeciągu trzech lat w Saksonii wzrosła ona z 16·4% na 18·26% (1890 do 1896 r.). W Berlinie w r. 1891 znaleziono 12·5%, w 1893 do 15·1%. W Lipsku w r. 1888 znaleziono 11·1%, w 1893 do 28·1%. W Szwerynie w r. 1886 do 10·7%, w 1894 do 35%.

Danja na początku bieżącego stulecia była zupełnie wolną od gruźlicy. Około r. 1840 przywędrowała ona z Holsztynu z buhajami reproduktorami, zaś w 1850 rozpowszechniła się z zaprowadzeniem shorthornów. W r. 1893 w Kopenhadze znaleziono 17% gruźlicy w rzeźniach, w 717 zaś gospodarstwach tuberkulina ujawniła gruźlicę u 7428 sztuk bydła z 19462 sztuk, czyli 61·6%.

W Anglii, gdzie wskutek walki z zarazą płucną (na podstawie rozporządzenia z dnia 4 lipca 1890 r.) niszczono i zabijano są nietylko sztuki chore, lecz i takie, które z choremi były w zetknięciu, skutkiem czego zaraza płucna w ciągu dwóch lat została prawie zupełnie wygubioną, w r. 1891 z 10269 sztuk 778 znaleziono z zarazą płucną, zaś 1260, czyli 12½% z gruźlicą. W r. 1891 zaraza płucna była już bardzo rzadko spostrzeganą; z 3611 zbadanych, 134 sztuk było dotkniętych zarazę płucną, zaś 805 to jest 22·3% gruźlicą.

Zdawaćby się mogło, że w Austryi panują lepsze stosunki gdyż z wykazów, otrzymywanych z rzeźni, nie widać cyfr tak wysokich. Ze statystyki m. Wiednia widać, że w r. 1893 znaleziono 1·79% gruźlicy, w r. 1894 1·61%, a 1895 1·31%. Ze statystyki rzeźni m. Krakowa, udzielonej mi z fizykatu miejskiego, widać, że za lata 1894—1897 znaleziono gruźliczych krów 481 z ogólnej liczby zabitych w rzeźni 8487, co stanowi razem 5·6%.

Cyfra ta jest znacznie mniejszą, jeżeli weźmiemy ogólną cyfrę zabitych w rzeźni zwierząt.

Było wogóle zabitych w rzeźni:

Buhajów	771	gruźlicę znaleziono u . .	10 sztuk
Wołów	51596	. . . .	52 „
Krów	8487	. . . .	481 „
Jałówek	13953	. . . .	54 „
Cieląt	74722	. . . .	0 „
Razem	149529	znaleziono gruźlicę u . .	597 sztuk

co stanowi wogóle 0·76%.

Godną uwagi jest ta okoliczność, że u cieląt gruźlica jest bardzo rzadko spotykana. To samo daje się wszędzie spostrzegać i jest bardzo ważną okolicznością, na którą niżej zwrócimy szczególną uwagę.

Cyfry spostrzegano w rzeźniach, szczególnie naszych, nie mogą tu jednak służyć za dowód, że u nas gruźlica jest mniej rozpowszechnioną, niż za granicą. U nas bowiem kontrola jest jeszcze bardzo niedostateczną, a co gorsza, jeżeli z jakiej miejscowości sprowadzone bydło pokaże się gruźlicą dotknięte, to zwykle dalsze bicie tego bydła odbywa się za miastem w rzeźniach podmiejskich lub po wsiach, a to w celu uniknięcia kontroli weterynarskiej. Tak dzieje się w Krakowie, to samo, napewno twierdzić można, odbywa się i gdzieindziej. W celu zaradzenia złemu należałoby obostrzyć kontrolę rzeźni podmiejskich i mięsa do miast sprowadzanego.

Rozpoznawanie w rzeźniach dotyczy tylko bydła już zabitego. W oborach u krów musi się odbywać rozpoznanie weterynarskie. Otóż takowe jest zupełnie niewystarczające i to już dawno uznano. O ile wejrzenie zwierzęcia nie daje obrazu zmian gruźliczych wewnętrznych, nieraz daleko posuniętych, widać to nieraz dopiero po sekcyi zwierzęcia. Dobitny przykład taki przytacza w swej pracy Nocard. Wół opasowy nagrodzony medalem złotym na wystawie w Marmande i zapłacony przez rzeźnika 800 franków, po zabiciu okazał się do tego stopnia gruźliczym, że mięso uległo zniszczeniu.

Tyle co do gruźlicy w mięsie.

O ile rozpowszechnioną jest gruźlica w mleku i jego przetworach sądzić można z doświadczeń, wykonywanych przez różnych badaczy, oraz z pewnych spostrzeżeń klinicznych. Niektóre z nich przytaczam według Nocarda.

Dr. Stang miał w leczeniu dziecko 7-letnie ze zdrowych rodziców, wśród zupełnie zdrowego otoczenia. Dziecko zmarło wśród objawów gruźlicy płucnej i kiszkowej, stwierdzonej sekcyą. Dziecko piło mleko surowe od krowy, która prócz gruźlicy ogólnej, miała gruźlicę wymion silnie rozwiniętą, stwierdzoną przez weterynarza w rzeźni. W Bernie Dr. Demme spostrzegał 4 podobne przypadki w szpitalu Jennera. Dzieci te używały mleka krów dotkniętych gruźlicą. Z 2000 dzieci gruźliczych, leczonych w tym szpitalu w ciągu lat 20, Demme tylko dla tych 4 przypadków oznacza ten sposób zakażenia jako zupełnie pewny, gdzie wszelki inny sposób zakażenia mógł być z pewnością wykluczony. Nocard przytacza jeszcze jeden fakt, mający doniosłość doświadczenia. Dr. Gosse z Genewy ogłosił w Dzienniku Genewskim (Journ. de Genève 31 XII. 1893) spostrzeżenie, które przytoczył jako smutny przykład nieostrożności, wynikającej z picia surowego mleka. Przypadek dotyczył jego własnej córki, zdrowej 18-letniej dziewczyny, która jednego lata po przybyciu na letnie mieszkanie uległa zakażeniu skutkiem picia mleka od krowy, u której stwierdzono gruźlicę wymienia. Sekcya wykryła gruźlicę kiszek, sieci i kreski.

W ostatnich czasach mnożą się coraz więcej doświadczenia nad zawartością bakteryj gruźliczych w mleku i maśle. W Krakowie w Zakładzie Hygieny karmiąc świnki morskie niegotowanem mlekiem targowem również po pewnym czasie w ciągu 2—4 miesięcy można było stwierdzić u znacznej ilości zwierząt gruźlicę trzewów brzusznych. Natomiast podając mleko surowe od krów gruźliczych, ale z wymieniem zdrowem, nie udało mi się wywołać gruźlicy.

Rozpoznanie gruźlicy za życia przedstawia, jak mówiliśmy poprzednio, niepokonane trudności. Na szczęście obecnie posiadamy środek, który pozwala na wykrycie u żywego zwierzęcia nawet tak drobnych zmian, które okiem nie są dostrzegalne i których długo szukać trzeba, nim zostaną wykryte. Środkiem tym jest tuberkulina, czyli odparowane do gęstości syropu toksyny rozpuszczalne prątków gruźliczych. Środek ten, którego rozpoznawcza wartość oddawna była podnoszoną przez wielu badaczy klinicystów, pokazał się nieocenionym w zastosowaniu u zwierząt domowych. Zastrzyknięty w ilości 0,3—0,5 c. sześć. dorosłej sztuce bydła nie wywołuje on u niej żadnych zaburzeń, ani żadnych zmian, jeżeli zwierzę jest zdrowe. Jeżeli natomiast zwierzę jest gruźlicą dotknięte, wówczas po 15—24 godzinach można zauważyć znaczne podwyższenie ciepłoty, dochodzące do 1½—2 C°. Bydlę mające normalnie 38,5 objawia wówczas ciepłotę 40° i wyżej. Prócz tej chwilowej gorączki, która nie trwa dłużej nad 12 godzin, nie ma żadnych innych groźnych dla zdrowia i życia objawów. Zwykle przez czas gorączki bydlę jest smutne i traci łaknienie. Na drugi już dzień wszystko wraca do stanu prawidłowego i zwierzę jest zupełnie zdrowe. Tuberkulina nie powoduje również żadnych zaburzeń szkodliwych na przyszłość.

Że środek ten istotnie zasługuje na zastosowanie i jak najszersze rozpowszechnienie wykazały to liczne badania Nocarda we Francyi, Banga w Danii, Lydtina i Fesera w Niemczech.

Przytoczę kolejno zapatrywania różnych badaczy na ten środek, oraz wnioski, jakie w tym kierunku postawiono.

Nocard, który najwcześniej wprowadził szczepienia tuberkuliną we Francyi i stwierdził jej wartość wobec licznych powag od roku 1891 (Academie de Medecine, Societé nationale d'agriculture, Societé centrale veterinaire, Societé des agriculteurs en France i in.) wyraża swój pogląd na tuberkulinę w następujący sposób: „Nous possedons dans la tuberculine un moyen précieux d'une précision merveilleuse, de faire le diagnostic de la tuberculose des bovides, même alors que la maladie ne s'est encore traduite que par des lesions tout à fait recentes et tres limitées [1])... La tuberculine est un moyen incomparable de déceler les lésions tuberculeuses le plus minimes: dans les cas ou l'on n'a pas trouvé a l'autopsie les lésions qu'elle avait dénoncées, c'est, que ces lésions n'ont pas été suffisamment cherchées, c'est que l'autopsie a été mal faite".

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 25 Sierpnia.

* Redaktor główny „Przeglądu lek." Dr. A. Kwaśnicki powraca z końcem b. m. do Krakowa i obejmuje napowrót swoje czynności redakcyjne.

* Ilość lekarzy w Austryi w ciągu 8 lat ostatnich wzrasta bardzo szybko; Galicya zajmuje pomiędzy krajami austryackiemi pod tym względem jedno z pierwszych miejsc. W r. 1889 liczyła Galicya 860, zaś w r. 1896 już 1221 lekarzy.

* „Die Heilkunde" zamieszcza w Zeszycie 11 (z Sierpnia b. r.) obszerny i ciepło skreślony nekrolog ś. p. prof. Obalińskiego

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 34): Dra Męczkowskiego: „Przypadek tężca noworodków, leczonego surowicą przeciwtężcową". Dra Rosenthala: „O ciałach obcych pozostawionych w jamie otrzewnej podczas cięcia brzusznego". W *Medycynie* (Nr. 34): Dokończenia prac Drów Biro i Sacewicza.

[1]) Prophylaxie Str. 5.

W zastępstwie redaktora: **Doc. Dr. Ciechanowski.**

Rok XXXVII. Kraków 3. Września 1898. Nr. 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału ocznego Radcy zdrowia Prym. Dr. E. Macheka we Lwowie.

O zastosowaniu wasogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę,

podał

Dr. Adam Szulisławski.

Wasogen jest to olej waselinowy, otrzymywany przez silne utlenienie wyższych węglowodorów (waseliny). Pierwszym, który w celach leczniczych rozpoczął używać wasogenu jako zaprawy (Vehikel) dla rozlicznych leków, j. t. kreosotu, jodoformu, jodu, kreoliny itd. był prof. Beyer z Brukseli [1]). Liczne doświadczenia, które wykonał, stosując szczególnie 20% wasogen kreozotowy u chorych, dotkniętych gruźlicą (wewnętrznie i zewnętrznie), dały nietylko bardzo zadawalniające wyniki lecznicze, lecz nadto wykazały, że wasogen jako taki posiada własność przenikania zdrowej skóry i że leki w nim zawieszone, czy też chemicznie połączone, mogą razem z nim dostawać się przez skórę do ogólnego krwi obiegu. „Sie imbibiren in ganz merkwürdiger Weise die Epithelschicht der Haut und Schleimhaut, dringen bis an die Capillaren und Nervenendingungen vor, auf welche Weise sich ihre lokale Wirksamkeit erklärt, und gelangen sodann zur Resorbtion". Wessanie zaś to przestało należeć do mrzonek, jak się wyraża prof. Beyer, z chwilą, gdy została stwierdzoną obecność fenolów w moczu.

Dalsze doświadczenia, które Dr. Max Dahmen [2]) rozszerzył na wasogeny kreozotowy i jodoformowy, potwierdziły poprzednie zdobycze. Zdołał on bowiem wykazać po zewnętrznem stosowaniu odpowiednich wasogenów, zarówno fenol, jak i jod w moczu.

O wasogenie jodowym, na który w niniejszej pracy szczególniejszą skierowaliśmy uwagę, powiada Dr. Monheim [3]) co następuje, a co również dosłownie przytoczyć musimy: „Nach einer einmaligen, um $10^3/_4$ Uhr Morgens stattgefundenen Einreibung von 5 Grm. Jod-Vasogen 6 Procent auf Brust und Nacken, war der $3^1/_4$ Stunden später, um 2 Uhr Nachmittags, gelassene Urin bereits jodhaltig; auch in den um 4 Uhr Nachmittags und 8 Uhr Abends ausgeschiedenen Urinmengen wurde deutliche Jod-Reaction beobachtet, dagegen war der später gelassene Urin jodfrei". Dodać należy, że Monheim uważa trud, który sobie zadawał Dahmen, spalając mocz przed badaniem, za całkiem zbyteczny i zapewnia, że zupełnie wystarcza dodać nieco skrobi i zgęszczonego kwasu siarkowego wprost do surowego moczu, aby z całą pewnością jod wykazać.

Stósownie do wyników tych badań wydawałaby się możliwość wprowadzenia rozmaitych środków leczniczych do ustroju przez skórę, jeżeli nie zupełnie pewną, to przynajmniej wielce prawdopodobną, a to tem bardziej, że w pięknych doświadczeniach Filehnea [4]), zyskała myśl ta, szczególnie co do jodu, znakomitą teoretyczną podstawę. W pracy tej bowiem, stawia Filehne jod, obok siarki i tlenku ołowiu, w rzędzie tych ciał, które się rozpuszczają w oliwie, „a bezwątpienia także w łoju skóry i zawierającym go cholestearynowym tłuszczu przyskórka", przez co samo już istnieje możliwość przyswojenia tych ciał z powierzchni całego ciała.

Wszystkie te podania brzmiały nader zachęcająco. A jeśli się zważy, jak często staje lekarz w obec konieczności zastosowania jodu i niemożności podawania go przez usta z powodu zaburzeń żołądkowych, jasną i zrozumiałą wyda się skwapliwość, z jaką się chwyta taki środek, któryby z ominięciem drażliwego na przetwory jodowe żołądka, pozwalał jod wprowadzać do ustroju przez skórę. A wasogeny jodowe zdają się jakby stworzone na to, aby zapełnić tę lukę w naszym skarbcu leczniczym, boć nietylko, że, jak zdają się wskazywać powyższe doświadczenia, ulegają ze skóry wessaniu, lecz nawet jak twierdzą Leistikow [5]) i Monheim „nadzwyczaj szybko" ją przenikają. Nadto przypisują im i tę jeszcze wyższość nad wszelkimi innymi przetworami jodu, że w miejscu zastosowania nie drażnią skóry i błony śluzowej, a po dokładnem wtarciu nie pozostawiają jodowych plam na skórze.

Chęć naocznego przekonania się o wszystkich tych zaletach wasogenów jodowych i dobrze odczuta potrzeba rozporządzania środkiem, któryby w danym przypadku mógł zastąpić wewnętrzne podawanie jodu, skłoniły mnie do przeprowadzenia całego szeregu doświadczeń, do których materyał wybierałem, za zgodą Prym. Dra Macheka, z oddziału tutejszego szpitala powszechnego.

Celem tych badań było, po pierwsze przekonać się dowodnie, czy rzeczywiście jod przez wcieranie wasogenów jodowych w skórę, dostaje się do ustroju [6]) a, powtóre, czy

[1]) Deutsche med. Wochenschrift 1893 Nr. 39.
[2]) Deutsche medic. Wochenschrift 1894 Nr. 1894. Nr. 15.
[3]) Allgemeine medic. Central-Zeitung 1896, Nr. 96.

[4]) Ueber die Durchgängigkeit der menschlichen Epidermis für feste und flüssige Stoffe. Berliner klin. Wochenschrift 1898. Nr. 3.
[5]) Monatshefte für prakt. Dermatologie. Bd. XXI, Nr. 1.
[6]) Postawienie tego pytania nie wydaje mi się zbytecznem mimo dodatnich wyników badań wyżej przytoczonych autorów. Pominąwszy już bowiem tę okoliczność, że obydwaj (Dahmen, Monheim) rozstrzygają twierdząco sprawę wessalności jodu przez skórę na podstawie jednego jedynego doświadczenia, to samo wykazanie jodu w moczu, bez zwrócenia szczególniejszej uwagi i wykluczenia możliwości dostania się jodu przy wcieraniach w skórę, na innej ubocznej drodze do ustroju, nie stwierdza jeszcze z niewzruszoną pewnością, że wessanie nastąpiło rzeczywiście przez skórę. O czem niżej.

ten sposób stosowania jodu mógłby mieć jakieś praktyczne, lecznicze znaczenie w okulistyce.

W tym też duchu prowadzono doświadczenia, z których chciałbym w niniejszej pracy krótko zdać sprawę.

Wcierania robili chorzy pod moim osobistym nadzorem własnemi rękami, na rozmaitych częściach ciała, dostępnych dla ich dłoni (z wyjątkiem 2-ch przypadków, o czem niżej), i to zwolna po kilkanaście kropli, aż do suchości. W przeważnej liczbie przypadków polecano przed wcieraniem obmyć odpowiednie miejsce mydłem i wyskokiem, w innych przypadkach rozmyślnie dla próby, zaniechano tego. Całą ilość moczu, z doby następującej po wtarciu wasogenu, zbierano porcyami (3—5) i przechowywano w szklanych, zakorkowanych flaszkach, zaopatrzonych numerem i napisem o której porze (godzinie) odnośna porcya moczu była oddaną.

Aby się przekonać o czułości prób, któremi zamierzałem badać mocz na jod, a nadto, aby nabrać należytej wprawy, przygotowywałem rozczyny jodku potasowego o rozmaitem rozcieńczeniu, aż w końcu doszedłem do 0,001% rozczynu (a więc 1:100.000), w którym również z łatwością wykazać można jod zapomocą wszystkich przezemnie używanych prób. Należy zaś i na to zwrócić uwagę, że 0,001% rozczyn jodku potasu, odpowiada 0,00077% rozczynowi czystego jodu.

Dla uniknięcia nieporozumień uważam za konieczne przytoczyć w krótkości próby, które stosowałem celem wykrycia jodu:

1) Za dodaniem kilku kropel zgęszczonego kwasu azotowego zabarwia uwolniony jod skrobię na niebiesko.

2) Celem uwolnienia jodu można także użyć zgęszczonego kwasu siarkowego. Za dodaniem skrobi powstaje również zabarwienie fioletowo-niebieskie. (Tej próby użył Monheim w swojem doświadczeniu). Przy stosowaniu tej próby nie wolno jednak zapomnieć o tem, że za dodaniem zgęszczonego kwasu siarkowego powstanie w każdym moczu właściwe zabarwienie od urochromu i że strzedz się należy, aby tego zabarwienia nie wziąć za odczyn jodu. Oczywiście nie ma tej obawy, jeśli szukamy jodu w wodo-jasnym przesączu, otrzymanym po spaleniu i stopieniu moczu.

Tablica I. Wcierania po 10 grm. 3% wasogenu jodoformowego.

L. p.	Nazwisko. Wiek. Rozpoznanie.	Data i trwanie pojedynczego wcierania		Badanie na jod moczu z najbliższej po wcieraniu doby, zbieranego porcyami.											
				I porcya				II porcya				III porcya			
		Dzień	Godzina	1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	1 próba	2 próba	3 próba	4 próba
1.	Dec Edward 28 l. Irido-Keratitis oc. sin.	7/5	$9-9_{10}$ przedpoł	2 godz. popołudniu				7_{30} godz. wieczór				6 i 9 godz. rano			
				ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ślad	ślad	dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia
2.	Sławik Eugen. 26 l. Haemorrhag. in corp vitr. oc. d	12/5	$8_{30}-9_{30}$ przedpoł	2_{30} godz. popołudniu				9 godz. wieczór				7_{15} i 10 godz. rano			
				dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia
3.	Prima Edward[1]) 21 l. Paralysis trochlearis sin. (specifica)	16/5	$8_{45}-9_{20}$ przedpoł.	4_{30} godz. popołudniu				9_{20} godz. wieczór				8 godz. rano			
				silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia
4.	Jurkiewicz Włodz.[2]) 23 l. Irido-Kyklitis oc. d.	24/5	$8_{15}-10_{25}$ przedpoł.	1_{10} godz. popołudniu				8 godz. wieczór				8 godz. rano			
				ujemna	ujemna	niepewn.	ujemna	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	silnie dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia

[1]) Już po dokonanem wtarciu zauważyłem drobne zdarcie naskórka na palcu lewej ręki.

[2]) Wcieranie wykonała druga osoba zapomocą doskonale wygładzonego szkła na łydki i uda, poczem założono dobrze przylegający krochmalny opatrunek.

3) Do badanego rozczynu dodaje się kilka kropel dymiącego kwasu azotowego, a następnie chloroformu. Przy wstrząsaniu chwyta chloroform wolny jod i pięknie różowo zabarwiony opada następnie na dno probówki. (Próba stosowana przez Dahmena).

4) Celem jakościowego wykazania jodu w moczu poleca H. Sandland[7]) uwolnić jod z połączeń zapomocą rozcieńczonego kwasu siarkowego i azotynu potasowego, a następnie wstrząsać z siarczkiem węgla. W tej próbie zastąpiliśmy azotyn potasowy, azotynem sodowym, a siarczek węgla — chloroformem. Bardzo jasne, piękne, różowe zabarwienie chloroformu. Należy zauważyć, że ta ostatnia próba jest z tych czterech pod względem chemicznym najznamienniejsza.

Musimy tu wyraźnie zaznaczyć, że używaliśmy wszystkich tych prób w każdej porcyi moczu z osobna we wszystkich niżej przytoczonych przypadkach; i to najpierw wprost w surowym, a następnie w spalonym moczu. W tym celu odparowywano 100—200 grm. moczu z sodą (1:100), pozostałość palono i stapiano z saletrą. Po sproszkowaniu tego stopu i przegotowaniu go z wodą, otrzymywano wodo-jasny przesącz, odpowiedni do badania.

Aby uzyskać oczywisty dowód, że ilość jodu, użyta przezemnie do wcierań, jest wystarczającą, aby, jeśli w ogóle ulegnie wessaniu, można było jod w moczu wykazać, podałem choremu, który nigdy przedtem jodu nie zażywał, 0,235 jodku potasu, co odpowiada 0,18 czystego jodu (a więc 3 grm. 6% wasogenu jodowego) i poleciłem zażyć tę ilość w ciągu 3 godzin (od 10—1-ej). W moczu oddanym do godziny 5-ej po południu (n. b. w surowym moczu) wykazywały wszystkie próby silny odczyn jodu. U innego chorego, który zażywał dziennie 2 łyżki 4% rozczynu jodku potasu, można było wykazać tak w surowym jak i spalonym moczu obfitą zawartość jodu.

Po tych przygotowaniach przystąpiono 24-go marca b. r. do właściwych doświadczeń z 6% wasogenem jodowym (Jod-Vasogen).

W 8 przypadkach, wcierano po 2 grm. na dawkę.

[7]) Jahres-Bericht ueber Fortschritte der Thier-Chemie. 1894 Bd. 24.

Tablica II. Wcierania po 5 grm. 6% wasogenu jodowego.

L. p.	Nazwisko. Wiek. Rozpoznanie.	Data i trwanie pojedynczego wcierania: Dzień	Godzina	Badanie na jod moczu z najbliższej po wcieraniu doby, zbieranego porcyami. I porcya: 1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	II porcya: 1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	III porcya: 1 próba	2 próba	3 próba	4 próba	IV porcya: 1 próba	2 próba	3 próba	4 próba
1.	Szylkiewicz Ant. 17 l. Keratitis parenchym. diff. oc. utr.	9/5	$8^1/_2$—$9^1/_2$ przedpoł.	$1^1/_2$ godz. popołudniu				5 godz. popołudniu				5 i 9 godz. rano				—	—	—	—
				dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna				
2.	Szylkiewicz. j. w.	12/5	$9^1/_2$—$10^1/_2$ przedpoł.	12 godz. w południe				7 godz. wieczór				11 godz. w nocy				5_{45} i 9 godz. rano			
				ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	dodatnia	dodatnia	dodatnia	dodatnia	ujemna	ślad	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna
3.	Jurkiewicz Włodz.[1]) 23 l. Irido-Kyklitis oc. d.	14/5	$10^1/_2$—11 przedpoł.	1_{50} godz. popołudniu				5 godz. popołudniu				7_{45} godz. wieczór				11 godz. wieczór			
				ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna	ujemna
4.	Tylec E.[2]) 16 l. Maculae corn. diff. post Kerat. parench. o. utr.	16/5	$8^1/_2$—9_{20} przedpoł.	1_{45} godz. popołudniu				8_{15} godz. wieczór				5 godz. rano				—	—	—	—
				ujemna	ujemna	ujemna	ślad	ujemna	ujemna	ślad	ślad	ujemna	ślad	ujemna	ślad				
5.	Sławik Eugen. 26 l. Haemorhag. in corp. vitr. oc. d.	18/5	11—11_{20} przedpoł.	4_{30} godz. popołudniu				9_{33} godz. wieczór				8_{33} godz. rano				—	—	—	—
				ujemna	ujemna	niepewn.	ślad	ujemna	ujemna	ślad	ujemna	ujemna	ujemna	ślad	ślad				
6.	Jurkiewicz[3]) j. w.	19/5	9—9_{10} przedpoł.	12_{35} godz. popołudniu				4 godz. popołudniu				9_{20} godz. wieczór				5_{45} godz. rano.			
				ujemna	ujemna	ujemna	niepewn.	ujemna	ujemna	ujemna	niepewn.	ujemna	ujemna	ujemna	ślad	ujemna	ujemna	ślad	niepewn.
7.	Sławik[4]) j. w.	25/5	9—11 przedpoł.	5_{45} godz. popołudniu				10_{45} godz. wieczór				8_{10} godz. rano				—	—	—	—
				ujemna	ujemna	niepewn.	ślad	ujemna	ujemna	ujemna	niepewn.	ujemna	ujemna	niepewn.	niepewn.				

[1]) V porcya moczu była oddana o godz. 6_{45} rano. Wszystkie 4 próby ujemne. Niezwykle duża ilość moczu i znaczne jego rozcieńczenie, mogłyby tłómaczyć ujemny wynik badania na jod.

[2]) Do 5 grm. wasogenu jodowego dodano przed wcieraniem po 1 ccm. acetonu i ługu sodowego, następnie wyskoku. Usiłowano w ten sposób zamienić jod na jodoform. (Z eprowetki wydobywa się woń amoniaku).

[3]) W tym samym celu dodano do wasogenu jodowego 3 Ccm. wyskoku. (Woń amoniaku).

[4]) Wcieranie wykonała druga osoba, zapomocą doskonale wygładzonego szkła na łydki i uda, poczem założono szczelnie przylegający krochmalny opatrunek.

Uwaga. Okoliczność, że w tej samej porcyi moczu niektóre próby dawały wynik dodatni, inne ujemny, świadczyć może tylko o tem, jak niezwykle małe ilości jodu były obecne i jak łatwo w tych warunkach, mimo najtroskliwszej uwagi, zepsuć odczyn.

Wszystkie próby zarówno w czystym jak i spopielonym moczu ujemne.

W 2 przypadkach wcierano po 3 grm na dawkę. Wszystkie próby ujemne.

W 5 przypadkach wcierano po 5 grm. na dawkę. Badanie moczu wszystkiemi próbami, we wszystkich porcyach dało wynik ujemny.

Po tych niepomyślnych próbach wykonano 6-go maja doświadczenie z odpowiednią ilością wasogenu jodoformowego (Jodoform-Vasogen) — i wykazano w II, a zwłaszcza w III porcyi moczu z najbliższej doby, piękny i wyraźny odczyn jodu. Przy tej sposobności zrobiłem jeszcze to, bardzo ważne dla późniejszych doświadczeń, spostrzeżenie, że nawet najdrobniejszy nadmiar dodanego kwasu natychmiast niszczy odczyn, gdyż co dopiero uwolniony jod wchodzi w nowe połączenia, że przeto konieczną jest rzeczą dodawać kwasy nader ostrożnie tylko kroplami, najlepiej zapomocą wkraplacza, jeśli się chce otrzymać pewne i zupełnie wolne od zarzutów wyniki. Oczywiście potrzeba takiej drobiazgowej ostrożności tylko przy bardzo małych ilościach jodu. Po tem doświadczeniu należało na nowo rozpocząć próby z wasogenem jodowym; trudno bowiem było zrozumieć, dlaczego właściwie wasogen jodoformowy miałby ulegać wessaniu, jodowy zaś nie. Wynik tych badań przedstawiono dla krótkości i lepszego przeglądu w dwu następujących tablicach.

Muszę jeszcze zauważyć, o czem doświadczalnie się przekonałem, że małych ilości jodu (a z takiemi mamy tu do czynienia) w czystym t. j. surowym moczu nie można wykazać w ogóle żadną próbą. Występujące bowiem równocześnie rozmaite odczyny barwików moczowych pokrywają w tym razie zupełnie słaby odczyn jodu. Dlatego też zaniechałem badania surowego moczu i używałem odtąd tylko wodo-jasnego przesączu, otrzymywanego po spaleniu i stopieniu moczu.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału I. chorób wewnętrznych szpitala Powszechnego we Lwowie (Prym. Dr O. Widmann).

O sposobach i klinicznej doniosłości wykrycia barwika żółci w moczu.

Podał
Dr. W. Arnold,
sekundaryusz szpitala.

Penzoldt w pracy swej pod tyt. „Dawniejsze i nowsze próby moczowe i ich war-

tość praktyczna (wyd. II.) wyraża następujący sąd o wartości klinicznej wykrycia bilirubiny w moczu: „W przypadkach, w których rozpoznanie żółtaczki u chorego jest wątpliwem, a mocz nie okazuje wyraźnego żółtaczkowego zabarwienia, zawodzą nas nie rzadko i próby chemiczne, dlatego też próby na barwik żółciowy nie posiadają tej wysokiej praktycznej doniosłości, jak próby na cukier lub białko“.

Zdanie to jest wogóle rozpowszechnionem; spotykamy się często z zapatrywaniem, że w przypadkach, w których nie można stwierdzić wyraźnego żółtaczkowego zabarwienia skóry i białkówek, poszukiwania bilirubiny w moczu dają wynik ujemny, że bywają nawet przypadki wyraźnej żółtaczki (np. przypadki tak zw. żółtaczki urobilinowej), w których bilirubiny w moczu wykazać nie można. Gdyby to zapatrywanie okazało się uzasadnionem, to powyżej przytoczone słowa Penzoldta, odmawiające próbom na barwik żółciowy w moczu większej doniosłości klinicznej, odpowiadałyby w zupełności rzeczywistości. Tak jednak nie jest. Zdanie Penzoldta skłoniło mnie do bliższego zbadania tego zagadnienia; doszedłem przytem do odmiennych zapatrywań; zanim jednak przystąpię do omówienia otrzymanych wyników, chciałbym pokrótce omówić ważniejsze przynajmniej próby, służące obecnie do wykrycia bilirubiny w moczu, i opisać postępowanie, które dawało mi najpewniejsze wyniki.

Najdawniejsza i najbardziej rozpowszechniona próba Gmelina nie grzeszy bynajmniej czułością, jeżeli chodzi o wykrycie bilirubiny w moczu. Wprawdzie można zapomocą tego odczynu wykryć bilirubinę w rozcieńczeniu 1:80,000; mocz żółtaczkowy nie jest jednak czystym roztworem bilirubiny i dlatego też wykrywamy najczęściej zapomocą próby Gmelina bilirubinę w moczu dopiero wówczas, kiedy już okiem możemy stwierdzić żółtaczkowe zabarwienie białkówek i skóry chorego. Jeżeli więc chodzi o wykrycie bardzo małych ilości bilirubiny, nie można polecić tej próby.

Lepszy wynik daje już odmiana tej próby według Ultzmanna (Do kilku cm^3 zgęszczonego kwasu solnego dodaje się kroplami mocz badany aż do wystąpienia żółtego zabarwienia, poczem ostrożnie dolewa się po brzegach kieliszka lekko żółtego kwasu azotowego; odczyn występuje wówczas daleko wyraźniej). Jeszcze lepszy wynik otrzymywałem, dodając do zgęszczonego kwasu solnego, zamiast moczu, jego osad, zwłaszcza, jeżeli opadły moczany lub kwas moczowy, które porywają ze sobą dużo barwika żółci. Łatwo można się przekonać, o ile przez to próba staje się czulszą.

Również czulszą, aniżeli pierwotne postępowanie Gmelina jest próba przesączowa Rosenbacha.

Szereg dalszych prób polega na wytworzeniu się biliwerdyny. I te próby nie są zbyt czułe, z wyjątkiem tylko próby podanej przez Penzoldta. Najlepszą z nich jest próba podana przez Vitalego (ulepszona przez Masseta; do moczu dodaje się kwasu siarkowego, a następnie nieco sproszkowanego azotynu sodowego lub potasowego; w razie obecności barwika żółci występuje zabarwienie zielone).

Jak już wspomniałem, najczulszą z tego szeregu prób na barwik żółciowy w moczu jest próba Penzoldta. Mocz w razie małej ilości bilirubiny w moczu, bierze się jak największą jego ilość, przesącza się przez zwyczajny sączek, następnie suszy się sączek i polewa kilkoma cm^3 zgęszczonego kwasu octowego. W razie obecności bilirubiny, przesącz okazuje zabarwienie zielone lub żółtawo-zielone. Próba jest czuła, jeżeli jednak znajduje się w moczu dużo urobiliny obok bardzo małej ilości bilirubiny, to urobilina rozpuszczając się również w kwasie octowym (można ją w takich razach spektroskopem wykazać) może pokryć zabarwienie zielone, pochodzące od barwika żółciowego.

Wcale piękny odczyn na bilirubinę podał Ehrlich. Dla wykrycia bilirubiny w moczu poleca Ehrlich zmięszać go z jedną objętością 30% kwasu octowego, a następnie dodawać kroplami roztworu kwasu diazobenzolsulfonowego (odczynnik ten sporządza się według Ehrlicha w ten sposób, iż rozpuszcza się 1 grm. kwasu sulfanilowego i 0,1 grm. azotynu sodowego w wodzie przekroplonej, dodając następnie 15 cm^3 kwasu solnego, dopełniając do litra). W razie obecności bilirubiny występuje zciemnienie moczu, a po dolaniu dużej ilości kwasu octowego występuje kolor fioletowy.

Odczyn ten, jak go podaje Ehrlich, mało jest czuły; nierównie lepszy wynik otrzymuje się, postępując w sposób następujący: Sporządza się zgęszczony roztwór kwasu sulfanilinowego (rozpuszczając kwas sulfanilowy w nadmiarze tak, aby na dnie pozostał krystaliczny osad w jednoprocentowym roztworze kwasu solnego; roztwór ten należy ochraniać od wpływu światła). Z roztworu tego sporządza się odczynnik w ten sposób, iż dodaje się do 4 cm^3 owego roztworu, 0,5—1,0 cm^3 roztworu 0,5% azotynu sodowego (*Natrium nitrosum*), a następnie dolewa się do tego jeszcze 45 cm^3 wody przekroplonej, rozcieńczając go w ten sposób 10 razy. (Odczynnika tego przechować nie można, należy go więc zawsze świeżo sporządzić). Do kilku cm^3 tego roztworu w probówce lub w kieliszku dolewa się następnie $^1/_3$—1 objętość badanego moczu. Jeżeli mocz zawiera bilirubinę występuje wyraźna zmiana barwy na piękną pomarańczowo-czerwoną. (Dobrze jest, zwłaszcza, jeżeli ilość bilirubiny jest mała, czekać kilka minut, gdyż w takim razie odczyn po pewnym czasie wyraźniej występuje). Barwa pomarańczowo czerwona przechodzi za dolaniem kilku kropel kwasu solnego w piękny i wyraźny fioletowy kolor. (Najlepiej dolać kwas solny powoli, aby wytworzyły się dwie warstwy: dolna fioletowa, odbijająca od górnej pomarańczowo-czerwonej). Zaleta tej modyfikacyi odczynu Ehrlicha, którą posługuję się od dłuższego już czasu, polega po pierwsze na większej czułości odczynu, a powtóre na wyraźniejszym kontraście i większej czystości występujących kolorów.

Niedawno podał prof. A. Gluziński (Przegląd lekarski, Nr. 52, r. 1897) nowy odczynnik na bilirubinę, polecając próbę tę, jako czułą, do użytku klinicznego w celu wykrycia barwika żółci w moczu. Polega ona na tem, że roztwór bilirubiny, gotowany przez 3—4 minut z aldehydem mrówkowym (formaliną) zmienia swą barwę na zieloną, która następnie za dolaniem kilku kropel jakiegoś kwasu mineralnego (najlepiej kwasu solnego) przechodzi w ametystowo-fioletową.

Autor uważa barwik zielony, powstały przez zagotowanie roztworu bilirubiny z formaldehydem za produkt redukcyi bilirubiny. Doszedłem jednak, zajmując się tym odczynem do odmiennego poglądu i postaram się zapatrywanie moje uzasadnić.

Na wstępie zaraz uderzyło mnie podobieństwo, a nawet brak wszelkich różnic w zachowaniu się tego zielonego barwika, powstałego według zdania autora wskutek redukcyi, z innym wytworem bilirubiny, a mianowicie z bilicyaniną.

Bilicyanina, jak wiadomo, istnieje w dwóch odmianach: w odmianie pięknie szmaragdowo-zielonej (zwłaszcza, jeżeli ją otrzymaliśmy zapomocą chlorku cynku w roczynie alkalicznym), która za dodaniem jakiegoś kwasu mineralnego (najlepiej kwasu solnego) przechodzi w odmianę niebieską wzgl. fioletowo-niebieską; kolor ten zawisł przedewszystkiem od stopnia utlenienia barwika, gdyż substancya, określona mianem bilicyaniny, nie jest ciałem zupełnie jednolitem, „osobnikiem chemicznym", i w swych własnościach nieodmiennie określonem, lecz odpowiada ona pewnemu okresowi odczynu Gmelina, czyli utlenienia bilirubiny, o pewnej szerokości granic; im późniejszy okres odczynu Gmelina, tem więcej kolor zbliżać się będzie do fioletowego (pojawia się wówczas obok smug α i β przy D, charakteryzujących bilicyaninę jeszcze smuga γ między b a F, którą przeważnie uważają za należącą do ostatniego wytworu utlenienia bilirubiny, tj. do choleteliny, tak iż wobec tego kolor fioletowy wzgl. ametystowo-fioletowy powstałby wskutek domieszki choleteliny), podczas gdy kolor odmiany alkalicznej, zwłaszcza po dodaniu chlorku cynku jest prawie ten sam t. j. szmaragdowo-zielony; różnice zaś w utlenieniu ujawnią się dopiero po dolaniu kwasu solnego w wystąpieniu koloru, odpowiednio do okresu odczynu, niebieskiego, lub mniej lub więcej ametystowo-fioletowego. Obie te odmiany bilicyaniny posiadają znamienne widmo (zielona odmiana znamionuje się smugą α, opierającą się lewym brzegiem o linię Fraunhoferowską C. i β. przeciętą przez D.; niebieska wzgl. fioletowa smugą α przed D i smugą β za D.; smuga α szczególniej w odmianie zielonej jest wybitniejszą od β.; smuga γ jak wyżej wspomniałem, jest sporną).

Otóż zawsze w chwili, gdy roczyn bilirubiny (lub roczyn świeżej żółci albo mocz żółtaczkowy) przybierze pod wpływem gotowania z formaldehydem opisany przez prof. Gluzińskiego kolor czysto szmaragdowo-zielony, możemy, badając płyn zielony w dostatecznie grubej warstwie zapomocą przyrządu spektralnego, stwierdzić z wszelką pewnością smugi zielonej odmiany bilicyaniny, po dodaniu zaś kwasu solnego płyn ametystowo-fioletowy okaże obie, źle odgraniczone, smugi bilicyaniny kwaśnej.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Przypadek wągra w ciałku szklanem.

Podał
Dr. Teodor Bałłaban,
okulista we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Przeszukując najbliżej nas obchodzącą literaturę polską, z niemałem zdziwieniem spostrzegłem, że jest ona przytaczana już w r. 1667 przez Rhodiusa i Schulzego, o czem wspomina Dr. Gescheidt w rozprawie swej pod tytułem: „Die Entozoen des Auges" w „Ammons Zeitschrift für Ophtalmologie, Band III. Heft 4". Ponieważ opisany tam przypadek jest najprawdopodobniej w ogóle pierwszym przypadkiem wągra spostrzeganego w oku i pewnie mało znanym, pozwolę sobie więc dosłownie go przytoczyć. A mianowicie wspomniano, „dass ein gewisser Caspar Wendtland in Polen einem Bauernknaben einen weissen Wurm aus dem Augenlide gezogen habe, der von der Grösse einer Raupe war, eine etwas härtliche Haut hatte und während der vier Tage, welche er nach der Ausziehung lebte, zwei süsse Mandeln verzehrte. Um das Auge des Knaben war eine bedeutende rothe Geschwulst, die Augenlider waren geschlossen und der Schmerz heftig, nachdem aber der Wurm ausgezogen war, floss aus der Öffnung, in welcher er zum Vorschein gekommen war, weder Eiter noch Blut nach, und der Knabe befand sich vollkommen wohl. Der todte Wurm nahm eine röthliche Farbe an, ähnlich der von Mandelschalen".

W nowszej literaturze polskiej spotykamy się w roku 1867 z pierwszym przypadkiem wągra w ciałku szklanem, który został rozpoznany wziernikiem przez Szokalskiego. Drugi przypadek (pod siatkówką) opisał Jodko w r. 1868. W r. 1871 opisał Talko wągra w ciałku szklanem, Rydel widział wągra w gałce wyłuszczonej. Dalsze przypadki ogłaszano w następującym porządku: W roku 1873 Kośmiński (w ciałku szklanem), w r. 1875 Talko (pod spojówką), w r. 1876 Kilarski (również pod spojówką), w roku 1877 Jodko (w przedniej komórce), w r. 1880 Przybylski (pod spojówką). W roku 1882 opisał Kamocki dwa przypadki wągra śródocznego, a w r. 1893 ogłosił dwa nowe przypadki wągra, z których jeden znajdował się pod siatkówką, a drugi w ciałku szklanem; podaje on bardzo dokładny opis anatomo-patologiczny obu przypadków. W roku 1890 opisał Sroczyński w Krakowie dwie ekstrakcye wągra z pod siatkówki, wreszcie w r. 1895 ogłosił Talko spostrzeżenie wągra pod spojówką a Szulisławski przedstawił w lwowskiem towarzystwie lekarskiem przypadek wągra w ciałku szklanem.

Z tego zestawienia widzimy, że największa ilość przypadków opisanych przez polskich autorów przypada na Królestwo Polskie, podczas gdy w Galicyi widziano wszystkiego 5 przypadków. Z osobistej rozmowy z kolegą Kamockim dowiedziałem się, że w Warszawie nie należy wągr do wielkich rzadkości, gdyż sam kolega Kamocki miał sposobność widzieć około 15 przypadków, a w ubiegłym roku widział dwa nowe, z których w jednym wągr usadowił się pod spojówką, w drugim w oczodole. Niedawno pokazywał kolega Ziemiński w Warszawie na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wyjątkowo piękny okaz wągra pod siatkówką.

Z krótkiego przeglądu dotychczasowych prac, tyczących się wągra śródocznego w oku ludzkiem, wynika, że spotykano go we wszystkich częściach oka. Z dostępnej mi literatury zestawiłem, jak to powyżej wspomniałem 324 przypadków, ogłoszonych w różnych krajach. Z tego zestawienia wynika, że w największej części przypadków, gdyż w przeszło połowie wszystkich spostrzeżeń, usadawiał się pasorzyt w ciałku szklanem. Liczby przypadków wągra pod siatkówką i pod spojówką są sobie prawie równe. Najwięcej przypadków wągra pod spojówką ogłosili Niemcy, we Francyi są one daleko rzadsze. Fieuzal widział na 18.000 chorych tylko 2 przypadki.

W przedniej komórce jest wągr śródoczny jeszcze rzadszym. Kries widział w klinice w Halle na 60.000 chorych tylko 2 przypadki wągra w przedniej komórce.

W innych częściach oka, jak i w tkankach otaczających oko jest wągr bardzo rzadkiem zjawiskiem. I tak od przypadku Bowmana w roku 1852 aż do ostatnich czasów (Badal, Lecomte, oba w r. 1895), ogłoszono ogółem 7 przypadków wągra w oczodole. 3 razy siedzibą wągra była tęczówka (Evers, Regnolds i Grossmann) tyleż razy pod skórą powieki (Hirschberg, Gros, Masselon) a również 3 razy pod torebką Tenona, (Meyer, Sgrosso, de Vincentiis). Zupełnie odosobnionym jest przypadek wągra pod naczyniówką (Evers) a jako prawdziwe unicum należy w końcu przytoczyć przypadek Appii z r. 1853, w którym wągr usadowił się w samej tkance rogówki.

Wynika więc z tego zestawienia, że siedzibą wągra śródocznego było: *(patrz tablicę na następnej stronie).*

Chociaż tablica ta wykazuje może tu i owdzie pewne braki, to przecież może ona w całości wzięta, służyć do zoryentowania się co do siedziby wągra w rozmaitych częściach oka, jako też co do liczby przypadków, spostrzega-

Siedziba wągra	Niemcy	Francya	Włochy	Anglia	Ameryka	Rosya	Polska	Austrya	Węgry	Hiszpania	Portugalia	Skandynawia	Belgia	Holandya	Szwajcarya	
Ciałko szklane . . .	102	9	7	5	9	8	8	8	2	3	5	1	2	—	1	170
Pod siatkówką . . .	22	2	8	—	1	3	4	12	2	—	—	1	—	—	—	55
Pod spojówką	19	7	6	1	1	2	4	9	2	1	—	—	—	1	—	53
Pod naczyniówką . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Przednia komora . .	11	—	—	4	—	1	1	5	—	—	—	—	—	—	—	22
Tęczówka	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Rogówka	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Oczodół	3	2	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8
Torebka Tenona . . .	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Pod powieką	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Cysticercus duplex . .	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	3
Cyssticercus triplex . .	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
W obu oczach . . .	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
	162	23	25	13	12	14	17	36	6	4	5	2	3	1	1	324

nych w poszczególnych krajach. Z nagromadzonego materyału wynika, że prawie wszystkie części oka mogą być siedzibą pasorzyta. Ze względu zaś na częstość pojawiania się wągra widzimy, że Niemcy odgrywają pierwszą rolę, gdyż liczba przypadków, ogłoszonych w Niemczech, przewyższa razem wziętą liczbę spostrzeżeń we wszystkich innych krajach. Rzeczą zupełnie dla nas niespodziewaną jest to, że Austrya tuż po Niemczech może wykazać się największą ilością ogłoszonych przypadków.

Chociaż dochodzenia Hirschberga pouczyły nas, że u zwierząt a szczególnie u świń może w tem samem oku znajdować się kilka, nawet do tuzina wągrów, to przeciwnie u ludzi należą te przypadki, w których w jednem oku znachodzi się więcej niż jeden wągr, do największych rzadkości. W całej dotychczasowej literaturze znane są ogółem 3 przypadki, w których znaleziono w jednem oku po dwa wągry. Taki „*Cysticercus duplex*“ opisuje pierwszy Otto Becker w Austryi w r. 1867. W r. 1892 ogłosił Alfred Graefe w Niemczech drugi, a w roku 1899 opisał Pergens w Brukseli trzeci i ostatni taki przypadek. Prócz tych 3 *in vivo* widzianych przypadków znaleziono *Cysticercus duplex* w 2-ch przypadkach przy sekcyi, (Graefe i Cohn). Jako dotychczas niebywałą rzadkość należy przytoczyć jedyny w swoim rodzaju przypadek: „*Cysticercus triplex*“ w ludzkiem oku, spostrzegany i opisany przez Schöbla z Pragi w r. 1893.

Nie mniejszą rzadkością są przypadki wągra, istniejącego u tego samego osobnika równocześnie w obu oczach. Taki przypadek, w którym zauważono wągra naprzód w oku lewem, wkrótce zaś potem i w oku prawem, opisał Berger w r. 1877.

Dla dokładności należy jeszcze wspomnieć o tak zwanym „*Cysticercus plurivesicularis*“ jak go Zenker opisuje. Taki podwójnie otorbiony wągr (przyczem chodziło o dwa szaro-białe pęcherze wielkości soczewicy, usadowione w tęczówce), opisał Evers w r. 1872. Podobny przypadek ogłosił De Vincentiis w roku 1896, w przypadku tym pasorzyt siedział przed siatkówką; na samym pęcherzu w miejscu głowy i szyjki przyczepiał się na cieniutkiej szypułce drugi mały pęcherzyk.

Wszystkie dotychczas wymienione prace odnoszą się do zupełnie rozwiniętych wągrów. O ile mi wiadomo znamy tylko cztery takie przypadki, w których powiodło się spostrzegać pasorzyta we wczesnym okresie jego rozwoju. I tak mieli go sposobność widzieć: Evers w 3-cim dniu, Salzmann w 4-tym, Lutkewitsch w 7-mym, a Zirn w 9-tym dniu rozwoju.

Nader zajmującem jest wytłumaczenie powstawania robaków w głębi oka z czasów przedwziernikowych, jakie podaje Dr. Anton Gescheidt w już wspomnianem dziele: „Im Auge soll Urstoff oder Urschleim in der verschiedensten Weise modifizirt, als humor aquaeus, als Linsenstoff, als Glaskörpermasse u. s. w. verblieben sein. Ist das Auge vollkommen unversehrt, durchdringt das demselben innewohnende Wirken alle seine Theile gleichmässig, so kann die Wurmerzeugung in diesem Organe nicht vor sich gehen. Ist aber ein Theil der durch modifizirten Urschleim entstandenen Substanzen durch krankhafte Processe dem Wirkungskreise des ihm innewohnenden organischen Wirkens entzogen und unter den uns unbekannten Verhältnissen animalisirt, so sind die Bedingungen für die Zoogenese gegeben“.

Dziś znamy aż nadto dobrze sposób rozwoju wągra w oku ludzkiem. A mianowicie wiemy, że 6-cio-haczykowy zarodek tasiemca (*taenia solium*), porwany w obieg krwi, może przypadkiem dostać się do mózgu lub oka tego osobnika, w którym się rozwinał.

Odpowiednio do tego dostaje się on do naczyń siatkówki i usadawia się naprzód pod siatkówką. Osłabienie wzroku zależy wówczas wprost od siedziby wągra. Im bardziej obwodowo on się usadowił, tem dłużej może utrzymać się względnie dobra bystrość wzroku, pomijając oczywiście odpowiednie ścieśnienie pola widzenia. Przy środkowem usadowieniu się wągra pod siatkówką występuje zawsze ciemna plama w środku pola widzenia *(scotoma centrale)*, która jak to rozumie się samo przez się, zwiększa się odpowiednio do tego, o ile siatkówka odrywa się z tyłu przez ucisk wągra. W tych razach pogarsza się także bystrość wzroku zawsze wskutek powikłania mętami ciałka szklanego. Dalsze następstwa wągra pod siatkówką są te same, jak przy usadowieniu się jego w ciałku szklanem, dokad dostaje się on bardzo łatwo, gdyż siatkówka i tak już silnie napięta i oderwana, przedziera się z łatwością przy jakimkolwiek silniejszym ruchu. W ciałku szklanem może wągr albo swobodnie się poruszać, co się zdarza szczególniej w początkach, lub też jest on za pomocą włókien tkanki łącznej silniej lub słabiej przyczepiony do siatkówki. Dostawszy się raz do ciałka szklanego działa w nim wągr oczywiście tak, jak każde obce ciało a dłuższy jego pobyt w oku wywołuje zawsze ciężkie następstwa. I tak w ciałku szklanem tworzą się liczne męty, które w kształcie płatów i błon mogą tak wypełnić całe ciałko szklane, że nie podobna dostrzedz wziernikiem dna oka. Jako stały objaw, nawet w tych przypadkach, w których wągra pierwotnie nie dostrzeżono pod siatkówką, występuje zawsze oderwanie siatkówki. Jak to już wyżej wspomniałem, powstaje ono przez to, że wągr, znajdujący się pod siatkówką, napiera na nią, a gdy już prze-

bił się do ciałka szklanego, wówczas częściowe oderwanie siatkówki, powstałe przez ucisk, staje się często zupełnem, gdyż nowo tworząca się tkanka łączna pociąga za sobą także siatkówkę.

O zmianach anatomo-patologicznych, które są wynikiem przebywania wągra w oku, pouczył nas szczególnie Wagenmann i Leber. Wedle badań tych autorów zmiany zapalne, wywołane przez wągra śródocznego, nie powstają przez następowe zakażenie drobnoustrojami, lecz przez bezpośrednie podrażnienie, które wywiera pasorzyt, przyczem jest rzeczą zupełnie obojętną, czy wągr w oku żyje lub też nie. Jako dowód na to przytacza Leber tę okoliczność, że wągr włożony zaraz po wyjęciu z oka do rurki z żelatyną, nie wywołuje w niej zmącenia a zatem pozostaje zupełnie jałowym.

Temu zapatrywaniu odpowiada również w zupełności doświadczenie kliniczne, że w zapaleniach oka, wywołanych przez wągra, nie występuje nigdy współczulne zapalenie drugiego oka. I tak opisano przypadki, w których wągr śródoczny przez długi czas w oku przebywał, nie wywołując ani śladu współczulnego zadrażnienia w drugiem oku. Pincus wspomina o przypadku, w którym przez lat 14 istniał wągr śródoczny, a drugie oko nic przez to nie ucierpiało. Cheatam opisuje inny przypadek, w którym wągr leżący w ciałku szklanem, w okolicy żółtej plamki oślepłego oka, przez lat 27 nie wywoływał żadnych zmian w drugiem oku. Mimo to wągr nie jest w oku ciałem obojętnem, gdyż w krótszym lub dłuższym czasie sprowadza ślepotę. Opisany przez Tealego[1]) przypadek, w którym wągr miał przebywać w oku przez 2 lata, nie sprawiając żadnego znaczniejszego upośledzenia wzroku, należy w każdym razie uważać za wyjątkowy.

Z tego powodu nie należy długo zwlekać z leczeniem, tem bardziej, że im wcześniej się je przedsiębierze, tem pewniejszym jest wynik. Leczenie to może polegać jedynie na usunięciu pasorzyta z oka. Rozumie się, że z pod spojówki bardzo łatwo usunąć wągra, gdyż wystarczy naciąć wydętą bańkę a wągr z łatwością się wysuwa. Tak samo i usunięcie wągra z przedniej komory nie przedstawia żadnych trudności. Wystarcza tu zwyczajne nakłócie *(punctio)* przedniej komory, połączone w danym razie z wycięciem tęczówki, jeśli pasorzyt jest do niej przyczepiony. Nie tak łatwo usunąć wągra z głębszych i najgłębszych części oka. W tym celu należało wytworzyć odrębne sposoby operowania. I tak pierwszy v. Graefe w r. 1857 wydobył wągra z ciałka szklanego zapomocą cięcia rogówkowo-twardówkowego *(Corneoscleral-Schnitt)*. W r. 1867 wyjął Arlt pierwszy raz w Austryi wągra z głębi oka za pomocą swego południkowego cięcia twardówki *(Meridional-Schnitt)*. A przecież mimo tych wykonanych już operacyj nie chciał Desmarres sen. we Francyi operować jeszcze w r. 1875 i wolał raczej próbować różnych środków w celu zabicia wągra, niż go usunąć, pomimo że już w owym czasie, dzięki wyczerpującym pracom v. Graefego i Hirschberga aż nadto dobrze wiedziano o niebezpieczeństwie, jakie wywołuje pozostawanie pasorzyta w oku, choćby on już nawet obumarł. Wstręt Desmarresa do operacyi da się może tem wytłumaczyć, że wogóle we Francyi zaczęto tego rodzaju cierpienia operować znacznie później, i tak pierwsze wyjęcie wągra z oka we Francyi przypada dopiero na rok 1871 (Sichel fils) drugie zaś na rok 1876 (Wecker).

W ogólności można powiedzieć, że wycięcie wągra z ciałka szklanego lub z pod siatkówki za pomocą cięcia twardówkowego, wykonane w odpowiednim czasie, należy uważać za zbawienną operacyę, dzięki której daje się utrzymać kształt gałki ocznej a niejednokrotnie nawet pewna bystrość wzroku.

Od czasu pierwszych prób operacyjnych wyjęcia wągra, wykonanych przez v. Graefego w r. 1857, przedsiębrano podobne operacye bardzo często. Sam Graefe mógł już w r. 1868 opisać przeszło 20 przypadków wyjęcia wągra z głębi oka. Największe jednak doświadczenie ma w tym kierunku Alfred Graefe, który n. p. od stycznia 1877 r. do końca lipca 1885 wykonał 45 ekstrakcyi wągra z 67% wyleczenia, to znaczy, że operacya powiodła się 30 razy na 45 operowanych przypadków. Te znakomite wyniki operacyjne przemawiają bądź co bądź same przez się za operacyjnem leczeniem wągra, zwłaszcza zważywszy smutne następstwa, jakim ulega chore oko, jeżeli wyjęcie wągra nie nastąpi w odpowiednim czasie. Wtedy bowiem nie pozostaje nic innego, jak wyjęcie bolesnego oślepłego oka.

Z tego powodu zaproponowałem także i mojej chorej operacyę, przedstawiając jej, że bez operacyi oko stanowczo będzie straconem. Ponieważ wągr w tym przypadku obumarł i przy spokojnem zachowaniu się chorej znajdował się w opisanem powyżej położeniu, to jest na zewnątrz i ku dołowi, przeto powodzenie operacyi było przez to w wysokim stopniu zapewnione. Chora jednak nie zgodziła się na zabieg i więcej jej nie widziałem.

[1]) Teale Ophtalmie Hosp. Rep. Bd. V. p. 310.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Josef v. Drozda: **Grundzuge einer rationellen Phthiseotherapie.** (Heilung der Tuberculose).

Gdy dotychczasowe poszukiwania za środkiem swoistym, leczącym gruźlicę, zawiodły, wracamy do jej leczenia przypadowego, a zarazem opartego na zasadzie wspierania ustroju w walce z prątkami gruźliczymi. Że idąc tą drogą osiąga się nieraz istotnie wyleczenie, o tem wie każdy, nawet mniej z przedmiotem obeznany lekarz; że jednak znalazły się sposoby, zapomocą których w każdym przypadku można wyleczyć gruźlicę, o tem dowie się dopiero z rozprawki Dra Drozdy. Cała praca Dra Drozdy jest istotnie zestawieniem najoptymistyczniejszych zapatrywań na środki, którymi zwalczać możemy gruźlicę, jest zbiorem pobożnych życzeń naszych w sprawie jej leczenia, choć doświadczenie uczy, że te rzadko się urzeczywistniają. Nie to jednak byłoby głównym błędem tej pracy: znajdujemy w niej i twierdzenia sprzeciwiające się wprost temu, o czem nas codzienne spostrzeżenia kliniczne i badania anatomopatologiczne pouczają, a odnoszą się one nie do wskazówek leczniczych, z których niektóre zresztą są bardzo słuszne, lecz do spostrzegania zmian w płucach, wrzekomo zupełne wyleczenie poprzedzających. Przejdźmy pokrótce główne punkty, zapomocą których autor „niezawodnie zwalcza gruźlicę:

1) By zwalczać działanie toksyn, powstałych w ustroju, radzi D. podawać spore ilości płynów szczególnie rano, gdy po śnie większa ich (toksyn) ilość w ustroju się nagromadziła, a to by je odprowadzić przez zwiększone przesączanie w nerkach. Praca mięśni również korzystnie działa, bo kwasy, powstałe w mięśniach, łączą się z toksynami w związki chemiczne i czynią je nieszkodliwemi. Przez wzmożone doprowadzenie powietrza do dróg oddechowych zwiększamy utlenianie w ustroju, a więc i utlenianie toksyn. W tym samym celu radzi D. starać się o powiększanie wymiany gazów przez skórę (Hautathmung), co najskuteczniej się osiąga przez 2 do 3-krotne zmywanie skóry chłodną wodą i przez działanie światła słonecznego na skórę. Odżywiać chorego powinno się jak najlepiej; chorzy jednak zazwyczaj chętniej przyjmują pokarmy płynne i chłodne, niż stałe i ciepłe; a zatem dyeta powinna być przystosowana do tych wskazówek. Przytem powinno się bacznie zwracać uwagę na regularne wypróżnienia, szczególnie przed nocą, dla zapewnienia spokojnego snu choremu. Jeżeli chory ma gorączkę, należy ją zwalczać zmywaniami i letniemi kąpielami.

2) Należy starać się o zmniejszanie jadowitości prątków gruźliczych w ustroju. Do tego celu zaś prowadzi oddychanie powietrzem rozcieńczonem (klimat górski) i zgęszczonem,

które w przyrodzie powstaje podczas wiatrów, byle tylko nie było pyłu w powietrzu.

Światło słoneczne wstrzymuje wzrost prątków gruźliczych, nie może ono wprawdzie działać na prątki, usadowione w płucach, ma jednak znaczenie dla gruczołów powierzchownych. Leki na prątki nie działają; sól kuchenna jest z nich najlepszą; autor widział po zażywaniu jej dobre skutki, treść jam staje się płynniejszą i zawiera dużo soli, gruczoły maleją. Na tej własności soli polega korzystne działanie solanek.

3) Należy starać się o wzmocnienie schorzałych narządów i rozwiotczanie zbitych nacieków. Do tego celu zaś służy wszystko, co powiększa dopływ krwi do płuc, a więc metodyczne chodzenie po górach i metodyczny śpiew. Autor twierdzi, że nawet wrzody gruźlicze krtani, ani krwioplucie, nie są przeciwwskazaniem dla śpiewu, owszem przez powolne wzmacnianie naczyń, drogą śpiewu, zapobiega się krwotokom. (Czy na to zgodzą się wszyscy klinicyści, wątpię. *Ref.).*

(Już co do samej drugiej części starania, wyrażonego przez autora w tym rozdziale, to sądzę, że raczej chodziłoby o zorganizowanie nacieków nie o ich rozmiękczanie, czyli rozpad, za którem idzie powstawanie jam. Wszak codzienne doświadczenie sekcyjne uczy, że wyleczone jakąkolwiek drogą ogniska gruźlicze przedstawiają się pod postacią blizny lub zwapnienia).

4) Aby wydalić rozmiękłe masy z płuc, należy pobudzać kaszel; w tym celu należy wykonywać silne wydechy, uciskając tchawicę, przy tem chory powinien głowę przechylić w stronę przeciwną niż ta, z której ma wykrztuszać i brodę oprzeć o piersi. To trzeba systematycznie i długo powtarzać, aż wszystko chorobowe odejdzie. Wówczas, w miejscu stłumienia, występuje odgłos bębenkowy, a potem jawny; szmery oskrzelowe ustępują miejsca nieoznaczonym z rzężeniami drobnemi, potem grubemi, których dźwięczność staje się coraz mniejsza, aż znikną i występuje wdech pęcherzykowy. Wszystko to jednak dzieje się bardzo powoli.

(Zdaniem więc autora zmiany chorobowe ustępują bez śladu, bez blizn, chociaż przedtem, sądząc z opisanych objawów, wytworzyła się jama; czy się to zgadza z wynikami badań klinicznych i sekcyjnych?)

Godnem uwagi ma być zachowanie się ognisk gruźliczych, przy następowem wtargnięciu prątków grypowych (influencowych). Z początku do zbitych mas gruźliczych dostać się one nie mogą; dopiero, gdy po zastósowaniu przepisów autora masy te zaczynają rozmiękać, dostają się prątki grypowe do nich i wyjątkowo korzystnie wpływają na ich rozmiękanie. Prątki grypowe są więc, zdaniem autora, antagonistami gruźliczych i bardzo pomagają do wyleczenia gruźlicy. Tylko tam stan się pogarsza, gdzie nie zastósowano przepisów, mających na celu obfite wykrztuszanie.

(Ta obserwacya powinna była skłonić autora do szczepienia grypy chorym gruźliczym. Korzystne wyniki leczenia, tą drogą osiągnięte, powinnyby nas wprawić w zdumienie, nas, którzy dotąd uważaliśmy grypę za jedną z tych chorób, które szczególnie pogarszają stan chorych, cierpiących na gruźlicę płuc. Że grypa u chorych gruźliczych przyśpiesza często rozpad nacieków, to fakt, który każdy z klinicystów niejednokrotnie spostrzegał, bez radości jednak, jak zresztą w każdym przypadku pojawiającego się rozpadu nacieków gruźliczych).

5) By wreszcie uczynić nieszkodliwymi prątki gruźlicze, które się dostały do naczyń chłonnych, radzi autor dbać o energiczne krążenie chłoni (limfy), a tu dobrze służą odpowiednie ruchy umięśnienia i zimne zmywania, jak niemniej dowóz dużych ilości soli kuchennej do ustroju, o czem już na innem miejscu była mowa.

W streszczeniu powyższej pracy ograniczyłem się oczywiście do podania najważniejszych wskazówek, które wytrwale i długo radzi autor stosować dla wyleczenia gruźlicy płuc. Czy je zawsze i u każdego zastósować można i czy, stosując je w każdym przypadku korzystny osiągniemy skutek, to chyba rzecz co najmniej wątpliwa. *Dr. Różecki.*

Prof. Eulenburg i Prof. Samuel: **Lehrbuch der allgemeinen Therapie und der therapeutischen Methodik.** Lipsk i Wiedeń. Nakład Urbana & Schwarzenberga. Zeszyt I & II.

Wśród powodzi nowych środków i nowych sposobów leczenia coraz trudniej znaleść ogólną linię wytyczną dla wyrozumowanego i na ściśle naukowych podstawach opartego postępowania przy łożu chorego, coraz łatwiej zaś dać unieść się fali modnych lekarstw i grubej empiryi. Od kilkunastu lat nie braknie też usiłowań podniesienia leczenia do wysokości ścisłego działu nauki i pojawiają się dzieła, poświęcone wyłącznie „ogólnej terapii“. Wobec olbrzymiego rozrostu wszystkich gałęzi medycyny zadaniu temu nie mogłaby chyba należycie sprostać jednostka; tem pożądańszem zjawiskiem jest dzieło zbiorowe, zwłaszcza, że wydają je takie powagi, jak Eulenburg i Samuel, i że wśród współpracowników znajdują się nazwiska Behringa, Hoffy, Kischa, Littena, Unny, Winternitza i t. d. Wydawcy pragną położyć szczególny nacisk na leczenie dyetetyczne i mechaniczne, z którem młodzi lekarze zbyt mało mają sposobności w czasie nauki się obeznać, a zarazem zapewniają, że dzieło nie będzie wkraczać w granice „terapii szczegółowej“, mającej inne zadania. Pierwsze dwa zeszyty obejmują pracę Samuela o historyi terapii i zapobieganiu chorobom. Całe dzieło ma wyjść w 3 tomach i wyniesie około 40 arkuszy druku po cenie 90 ct. za poszyt 4 arkuszowy. *Z.*

V. Wyciągi.

Knauer: **O cierpieniach umysłowych połogowych.** *(Puerperalpsychosen)* Berlin. 1897. Nakład S. Kargera. Autor, kierownik prywatnego zakładu dla obłąkanych w Görlitz, pragnął pracą swoją zachęcić ogół lekarski do ściślejszych badań nad przyczynami połogowych cierpień umysłowych. Dawny ich podział na cierpienia umysłowe w ciąży, w okresie połogowym właściwym i w okresie karmienia, obecnie się przestarzał, a chcąc odpowiedzieć dzisiejszym postępom nauki, należy zdaniem autora, podzielić choroby umysłowe, wiążące się z porodem, na psychozy: 1) zakaźne, wywołane bezpośrednio przez zakażenia połogowe; 2) samoistne — (bez widocznej przyczyny), 3) z zatrucia po drgawkach (eklampsyi). Wśród 660 obłąkanych kobiet spostrzegał autor 82 przypadki psychoz połogowych; z tego 9 należało do pierwszej, 2 do trzeciej gromady, reszta przypada na psychozy „samoistne“. Przebieg wszystkich tych zaburzeń umysłowych odpowiada rozmaitym postaciom klinicznym; najczęstszą stosunkowo jest zaduma, połączona przeważnie w dalszym przebiegu z okresami podniecenia, a niekiedy przybierająca później cechy pomięszania ogólnego (paranoïa) z atypowym przebiegiem; zresztą zdarza się ostry obłęd z omamami (acute hallucinatorische Verwirrtheit), najrzadszymi zaś są, według autora, a wbrew zdaniu większości badaczy, przypadki rozpoczynające się podnieceniem maniakalnem. Przyczyny psychoz „samoistnych“ są wogóle ciemne; zdaje się, że sprawa porodowa ma najczęściej znaczenie czynnika wywołującego przy istniejącem już dawniej usposobieniu (dziedziczne wpływy wykazano w $^2/_3$ przypadków); pewną rolę zdaje się odgrywać wiek, mianowicie najliczniejsze przypadki zdarzają się w wieku 20—30 lat; zgodnie też z tem największa część zachorzeń odnosi się do pierwiastek. Autor kładzie wielki nacisk na rozmaite wpływy szkodliwe, polegające na błędach w nowoczesnem wychowaniu kobiet, na przeciążenie pracą szkolną i t. d., które działały osłabiająco na umysł jego chorych, rekrutujących się wyłącznie z warstw zamożniejszych. Rokowanie jest we wszystkich postaciach psychoz połogowych nienajgorsze; około $^2/_3$ chorych wyszło z zakładu z wyleczeniem lub polepszeniem. Historye chorób, przytoczone przez autora, mogą lekarzowi praktycznemu dostarczyć niejednej pouczającej wskazówki. *X.*

Schwartz: **O komorkach zwojowych w sercach zwierząt ssących.** *(Deutsche med. Woch.*, 1898, Nr. 30). Badania S. mają o tyle znaczenie, że niejednokrotnie już odnoszono przyczynę pewnych cierpień serca do zmian znajdujących się w mięśniu sercowym zwojów nerwowych. Eulenburg np. sądzi, że dusznica bolesna (angina pectoris) może być skutkiem schorzenia tych zwojów. Dotychczas jednak wszelkie badania patologiczne rozbijały się o brak dokładnych wiadomości anatomicznych w tym kierunku.

Na podstawie swych badań stwierdza S., że komórki zwojowe znajdują się w mięśniu sercowym ssaków tylko w pewnej ograniczonej przestrzeni, a mianowicie na tylnej powierzchni przedsionków, pomiędzy tylnymi końcami uszek sercowych więcej ku stronie lewej, aż do rowka wieńcowego poprzecznego, idąc ku dołowi, i leżą pod przysierdziem (epicardium). Oprócz komórek zwojowych znajdują się na powierzchni serca wzdłuż nerwów i naczyń i w samym mięśniu sercowym obficie komórki tuczne. Prawdziwych komórek zwojowych niema nigdzie w głębi mięśnia sercowego, ani na powierzchni komórek sercowych. *X.*

Adolf Kofenol: **Przypadek syryngomyelii, powikłanej obustronnem odłamaniem główki kości ramieniowej i jej wessaniem.** *(Wiener klinische Wochenschrift*, 1898, Nr. 13). Chora lat 54 licząca, doznała w szóstym roku życia silnego obrażenia ciała; w roku 20 straciła końce prawie wszystkich palców, wskutek ropienia. W r. 23 przy wyżymaniu bielizny, poczuła trzask w barku prawym, poczem nie mogła kończyny podnieść ku górze. Bólów żadnych przytem nie doznawała. Po pewnym czasie kończyna zaczęła puchnąć i chora zaczęła doznawać nieprawidłowego uczucia. Później wystąpiły takie same objawy i na kończynie lewej. Ostatecznie opuchnięcie kończyn zmniejszyło się trochę, zostały one jednak grubsze. Chora, pomimo tych zmian, pracowała dalej i dopiero od paru lat zaczęła tracić siłę w rękach, a obecnie nie może się nawet sama karmić. Badanie kośćca wykazuje skrzywienie kręgosłupa prawostronne boczne, prócz tego brak główki kości ramieniowej po jednej i drugiej stronie. Mięśnie, otaczające staw barkowy po jednej i drugiej stronie, zanikłe. Zaburzenia w czuciu występują bardzo wybitnie w postaci zniesienia rozmaitych rodzajów czucia. Na skórze kończyn górnych widzimy świeże oparzenia i blizny, o których chora nic nie wiedziała. Fotografia promieniami Röntgena wykazała zupełny brak główki kości ramieniowej po jednej i drugiej stronie. *Dr. Zalewski.*

Doc. H. Küttner: **Niedrożność przewodu pokarmowego, wywołana przez wgłobienie uchyłku Meckela.** *(Beitr. z. klin. Chir.*, XXI, 2). Istnieją liczne spostrzeżenia, w których uchyłek M. był przyczyną niedrożności przewodu pokarmowego. Mechanizm powstawania był różnym. Raz uchyłek taki przyrosłszy np. do krezki, tworzy pierścień, w którym pętle jelit się zaklinowują; kiedyindziej uchyłek, zwłaszcza rozszerzony ku końcowi, zawęźla się naokoło podstawy pętli; wreszcie opisywano przypadki takie, w których pętla pociągana przez przyrośnięty uchyłek, kątowato załamywała się, albo przezeń przerzucona, „jak plaid przez ramię", zatracała swą drożność. Do najrzadszych przypadków należy mechanizm, spostrzegany niedawno przez autora u 49-letniej kobiety, u której uchyłek M. usadowiony 90 ctm. poniżej *plica duodeno-jejunalis*, wynicował się, jak przewrócony palec rękawiczki, do światła jelita, gdzie uległ ślimakowatemu skręceniu z powodu krótkiej, sierpowatej krezeczki. W tym razie nastąpiła śmierć z ropnego zapalenia otrzewnej.

Herman.

Chrobak: **Przypadek zwyrodnienia torbielowatego wątroby.** (*Wiener. kl. Wochenschrift,* 1898, Nr. 14). Chora, licząca lat 46, zauważyła 5 lat temu, że okolica wątroby cokolwiek więcej się wypukła niż zwykle; wkrótce pacyentka mogła w podżebrzu prawem wymacać guz, który powoli rósł ku linii środkowej ciała. Dolegliwości żadnych chora nie doznawała; żółtaczki też nie miała. Od pół roku guz zaczął się szybko powiększać tak, że wkrótce chora zaczęła doświadczać duszności. Od tego też czasu zaczęła podupadać na siłach. Badanie brzucha wykazuje: obwód przez pępek 110 cm., odległość od pępka do wyrostka mieczykowatego 19, a do spojenia łonowego 20 cm. Brzuch więcej wzdęty po stronie prawej, niż po lewej. Obmacaniem można się było przekonać, że prawie cała połowa jamy brzusznej jest zajęta przez guz, składający się z mniejszych guzów, z których jedne okazywały wybitne chełbotanie, inne były zupełnie twarde. Wolnego płynu w jamie brzusznej niestwierdzono. Na podstawie badania przypuszczano guz, wychodzący z wątroby; co do rodzaju guza, to rzecz pozostała nierozstrzygniętą. Po otwarciu jamy brzusznej przekonano się, że wątroba cała zajęta jest przez torbiele rozmaitej wielkości; w prawym płacie znajdował się jeden największy, który też wszyto do rany i otworzono; inne — pozostawiono. Pod względem anatomo-patologicznym w przypadku tym mieliśmy do czynienia z torbielowatem zwyrodnieniem wątroby, na które zwrócił uwagę Rokitański. *Dr. Zalewski.*

Sehrwald: **Obustronne porażenie w zakresie splotu barkowego wskutek ćwiczeń gimnastycznych.** *(Deuts. med. W.*, 1898, Nr. 30). Porażenia mięśnia zębatego wielkiego, aczkolwiek nie częste, zasługują jednak na uwagę ze względu na długie swe trwanie i wywołaną przez nie niezdolność do pracy. Spostrzegano je kilkakrotnie po ćwiczeniach gimnastycznych, mianowicie po unoszeniu się na drążku poziomym na rękach, jednakże mechanizm tych porażeń nie był dotychczas znany.

W przypadku S. porażenie zajmowało oprócz mięśnia zębatego wielkiego, także szereg innych mięśni, zaopatrywanych przez splot barkowy. Wszystkie te porażenia wystąpiły naraz u 22-letniego rekruta, ważącego 154 funty, po nadaremnych usiłowaniach podniesienia się na drążku poziomym w podchwycie. Rekrut ten zwisnął przy tem całym ciężarem na rękach przez pół minuty, a usiłując się podnieść, mimowolnym odruchem odchylił głowę silnie ku tyłowi. W chwilę potem pojawiły się porażenia, po których w czas jakiś rozwinęły się zaniki dotkniętych mięśni z leniwem oddziaływaniem na prąd przerywany, jednak bez wyraźnego odczynu zwyrodnienia. Porażenia ustąpiły przy odpowiedniem leczeniu (masaż, elektryczność, zimne zlewania i t. d.) po siedmiu tygodniach, w jakiś czas potem pojawiło się jeszcze przejściowe znieczulenie w zakresie n. łokciowego.

Dotknięte porażeniem były: mięśnie trójkątne (deltoidei), przez co ramię nie mogło być uniesione ani ku przodowi, ani w tył, ani na boki, dalej mięśnie zębate wielkie, zginacze przedramienia, ramieniowo-sprychowe (supin. long.), dwugłowe ramienia i ramieniowe wewnętrzne; w mniejszym stopniu były zajęte mięśnie wyprostne ręki i międzykostne wewnętrzne (niemożność zbliżenia rozstawionych palców), a dalej podgrzebieniowe (utrudnienie w skręcaniu ramienia na zewnątrz), piersiowe wielkie i nadgrzebieniowe.

W głównych rysach odpowiadał więc obraz chorobowy typowi Erba (mm. trójkątne, dwugłowe, ramieniowe wewnętrzne i ramieniowosprychowe), różnił się jednak od niego tem, że dotknięte były także mięśnie piersiowe wielkie i, co najrzadziej się zdarza, mięśnie zębate przednie wielkie, wyprostne na przedramieniu, międzykostne; w końcu niezwykłem zjawiskiem było znieczulenie w zakresie n. łokciowego.

Uszkodzeniu musiały zatem uledz następujące nerwy: pachowy i mięśniowoskórny (n. musculocutaneus), dalej sprychowy (w zakresie rozleglejszym, niż zazwyczaj, ponieważ oprócz m. ramieniowosprychowego porażone były także mm. wyprostne ręki), nadłopatkowy i obok tego piersiowy długi (n. thoracicus longus) i przedni (n. thor. anterior), wreszcie włókna czuciowe n. łokciowego i ruchowe tegoż nerwu, zdążające do mm. międzykostnych.

Czynnikiem szkodliwym w ćwiczeniu gimnastycznem, które uszkodzenia te wywołało, było bezwładne zwiśnięcie na rękach całym ciężarem ciała. Pod tym względem przypadek S. zbliża się do porażeń w zakresie splotu ramieniowego, powstających w czasie narkozy (silne odgięcie ramion

usypianego ku głowie), jakoteż u dzieci, podnoszonych lub szybko pociąganych w górę za ręce, u jeźdźców, spadających z koni i ciągniętych za rękę, wplątaną w cugle, po nadmiernem wyprostowaniu ramienia przy nastawianiu zwichnięcia w stawie barkowym, wreszcie po sztucznych porodach, w których rączki płodu są wzniesione do góry (ekstrakcya w niektórych przypadkach położeń miednicowych). Bezpośrednią przyczyną porażenia bywa w tych razach naciągnięcie, lub co prawdopodobniejsze, zgniecenie i zmiażdżenie splotu barkowego, które według jednych następuje wskutek działania główki ramienia na napinające się nad nią nerwy, według drugich przez przyciśnięcie obojczyka do wyrostków poprzecznych kręgów szyjnych, lub też, jak inni sądzą, do pierwszego żebra. Za tem ostatniem zdaniem oświadcza się także S., opierając się na najnowszych badaniach Büdingera i Krona na zwłokach a Gauppa na żywych. Stwierdzono, że słaby gimnastyk, zwisając bezwładnie na rękach, przesuwa swoje obojczyki po pierwszem żebrze ku tyłowi, przyczem obojczyk okręca się około osi swą górną krawędzią zwracając się ku tyłowi. Ciśnienie między pierwszem żebrem a obojczykiem jest wówczas bardzo znaczne (zgniata i odbarwia zakopcowy papier w doświadczeniach na zwłokach), a tem szkodliwsze, jeśli wiszący robi wysiłki uniesienia się i jeśli przez odgięcie głowy ku tyłowi napina splot barkowy. Jeżeli obojczyk jeszcze dalej końcem zewnętrznym sunie ku tyłowi, to wówczas zgniata „m. scalenus medius“ i przebiegający po nim ku m. zębatemu nerw piersiowy długi. W doświadczeniach na zwłokach przecinał przy tym ruchu obojczyk płytkę woskową, umieszczoną w miejscu przebiegu nerwu, jak nożem. Przy odgięciu głowy ku tyłowi napina się „scalenus“, a ciśnienie wzrasta tem znaczniej. Zdarzające się odosobnione porażenia m. zębatego (bez porażeń w zakresie splotu barkowego) przy ćwiczeniach na drążku należy również w ten sposób sobie tłómaczyć.

Praktyczną wskazówką, wynikającą z pracy S., jest zasada, żeby przy ćwiczeniach na drążku nie dozwalać na bezwładne zwisanie na rękach, i, co może ważniejsze, żeby wystrzegać się unoszenia dzieci za ręce lub gorszego jeszcze, huśtania ich w powietrzu w tem położeniu, co stanowi niestety jedną z nierozsądnych a dość ulubionych i u nas zabawek. *X.*

Prof. Bernhardt: **O miarowych kurczach podniebienia miękkiego** (*Deutsch. medic. Wochschr.*, 1898, Nr. 30). U 30-letniej kobiety pojawiły się od kilku tygodni miarowe (kloniczne) kurcze podniebienia miękkiego oraz obu łuków podniebiennych, tylnej ściany gardła i podstawy języka. Kurcze te powtarzają się z szybkością 100—120 na minutę w odstępach regularnych z rzadkiemi i krótkiemi przerwami. Ucisk języka wstrzymuje je, ale tylko na chwilę, poczem mimo ucisku poczynają się na nowo. Niekiedy towarzyszy im szczególny szmer, który zauważano już w przypadkach współczesnego kurczu miarowego podniebienia i „m. tensor tympani“, zaopatrywanego jak wiadomo, podobnie jak i „m. tensor veli palatini“ przez jednę z ruchowych gałązek trzeciej gałęzi n. trójdzielnego. W danym przypadku skurczów „m. tensor tympani“ niema, a szmer zależy wyłącznie od kurczu „m. tensor veli palatini“, rozwierającego ujście trąbki Eustachiusza.

Takie kurcze podniebienia spostrzegano kilkakrotnie obok współczesnych drgawek mięśni twarzy (zapewne wskutek bliskiego sąsiedztwa nerwu twarzowego z nerwem dodatkowym i błędnym, które zaopatrują resztę mięśni podniebienia). W tych przypadkach raz stwierdzono guz móżdżku, raz przebyte zapalenie opon mózgowych, a raz tętniak lewej tętnicy kręgowej. Zresztą opisano podobne zjawiska, bądź jako kurcze zwrotne, bądź jako samoistną nerwicę; najczęściej dotknięte tem rzadkiem cierpieniem osobniki należały do gromady „nerwowych“.

U chorej B. nie można jednak stwierdzić żadnych oznak cierpienia organicznego, ani też wykazać znamion histeryi lub innej nerwicy. W leczeniu podobnych przypadków odradza B. środki energiczne, ponieważ w przypadku Avelisa przecięcie „m. tensor veli palatini“ nie zapewniło trwałego wyleczenia. *X.*

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Memoryał w sprawie zapobiegania rozszerzaniu się gruźlicy, a w szczególności za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt gruźliczych.

(Odczytany na posiedzeniu komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. krak. w d. 13. VI. 1898).

Opracował

Prof. Dr. O. Bujwid.

(Ciąg dalszy).

6 Zjazd międzynarodowy weterynarzy z r. 1895 wypowiedział swe wnioski w sprawie tuberkuliny w sposób następujący[2]): 1) Tuberkulina jest bardzo cennym środkiem do rozpoznania gruźlicy i może oddać największe usługi w walce przeciw gruźlicy. Niema żadnej podstawy do obaw przed jej stósowaniem, gdyż nie oddziaływa ona zupełnie na stan już istniejącej choroby, a w żadnym razie go nie pogarsza. 2) Zjazd wypowiada życzenie, ażeby Rządy wprowadziły zastósowanie tuberkuliny do miejscowości, gdzie gruźlica panuje u bydła.

Już poprzednio za wprowadzeniem tuberkuliny u bydła oświadczył się VIII Zjazd hygienistów w Budapeszcie w następujący sposób: Tuberkulina[3]) jest cennym środkiem rozpoznawczym w gruźlicy. Rozpoznania mylne, które się przy zastosowaniu tuberkuliny wydarzają, nie mają znaczenia praktycznego. Większość członków Zjazdu nie podziela zdania Hessa z Berna, jakoby po zastosowaniu tuberkuliny występowały obostrzenia sprawy chorobowej i uważa obawy przed stósowaniem tuberkuliny za nieuzasadnione.

Bang[4]) w Kopenhadze wykonał bardzo liczne sekcye zwierząt, które wykazały typowy odczyn po tuberkulinie i stwierdził po sekcyi u 96% potwierdzający wynik, rozpoznany za życia.

Nocard twierdzi na zasadzie 192 sekcyj wykonanych w różnych czasach, że rozpoznania mylne należą do wyjątków. W jednym przypadku, gdzie pozornie była wykryta przy sekcyi promienica, pokazała się również przy uważnem poszukiwaniu także i gruźlica. W innych przypadkach, gdzie pozornie było mylne rozpoznanie, pokazało się przy dalszem badaniu, że gruźlica była głęboko ukryta w postaci nieznacznego powiększenia gruczołów krezkowych, oskrzelowych, lub drobnych gruzełków w innych narządach.

To samo zdarzało mi się widzieć przy własnych badaniach. W jednym przypadku ogłoszonym przezemnie, a dotyczącym sztuki premiowanej 1-szą nagrodą na wystawie Lwowskiej w roku 1894 pokazały się 2 drobne gruzełki, w płucu i wątrobie. Badanie mikroskopowe nie ujawniło w tych ogniskach bakteryj gruźliczych, ale szczepienie próbne, na 2 świnkach morskich dokonane, wykazało po miesiącu wybitną gruźlicę. U innej krowy, która nie okazywała odczynu, znaleziono po sekcyi zmiany w postaci zwapniałych ognisk. Zdawało się, że mamy do czynienia z gruźlicą. Tymczasem ani mikroskopowe badanie, ani szczepienie próbne świnkom morskim nie ujawniło gruźlicy w tych ogniskach, które widocznie były samodzielnie wyleczoną gruźlicą. W innym jeszcze przypadku tuberkulina wywołała odczyn u kilkotygodniowego cielęcia, co jest dosyć rzadkiem zjawiskiem. Po zabiciu znalazłem cały przewód pokarmowy od przełyku aż do odbytnicy od strony otrzewny i krezki pokryty drobnymi przekrwionymi punkcikami. Były to świeże gruzełki, widocznie powstałe z zakażenia, wprowadzonego z mlekiem.

Zauważyć należy jednak, co różni badacze zgodnie podnoszą, że tuberkulina wywołuje często tylko bardzo nieznaczny odczyn u zwierząt z bardzo staremi zmianami, u których zwykle zresztą już na oko, po znacznem wychudzeniu, objawach wysłuchowych, wypukowych każdy weterynarz łatwo rozpozna sprawę gruźliczą.

---

[2]) Rudovsky Str. 1.
[3]) Feser, str. 40.
[4]) Feser, str. 41.

Wskutek nawoływań licznych badaczy, po dokonaniu wielostronnych prób, obecnie państwa coraz więcej poczuwają się do obowiązkowego wprowadzenia szczepień tuberkuliny w celu usunięcia gruźlicy.

Dania była[5]) pierwszą, która wprowadziła u siebie obowiązujące szczepienia tuberkuliną. Bang prowadzi tam od r. 1892 walkę z gruźlicą zapomocą tuberkuliny. Według ustawy z 14/X roku 1893 tuberkulina bywa dostarczaną bezpłatnie, jak również bezpłatnie przeprowadza się szczepienie i kontrola weterynarska, za co właściciel jest obowiązany przedsięwziąć przepisane środki w celu wyplenienia gruźlicy. Przeznaczona początkowo na koszta suma 50.000 koron rocznie została w r. 1895 podwyższona na 100.000. Szczepienie tuberkuliną uzyskało w Danii bardzo szybko licznych zwolenników, tak iż obecnie nie wystarcza nawet i ta podwyższona kwota. Do końca 1895 r. zaszczepiono 47000 sztuk bydła (według tego wypadłaby cena szczepienia około 4 kor. rocznie, zapewne dwa razy do roku). Podobnie rzecz się ma w Szwecyi[6]).

We Francyi rozporządzenie prezydenta Rzplitej z 14/III 1896 zarządza szczepienie tuberkuliną bydła, sprowadzanego z zagranicy w celu hodowli, na stacyach pogranicznych, oraz 48 godzinną obserwacyą. Sztuki uznane za chore na gruźlicę, jeżeli właściciel nie zgadza się przeznaczyć je na rzeź, zostają zwracane z drogi. Sztuki na rzeź przeznaczone z świadectwem weterynarskiem i po odpowiedniem ocechowaniu idą do rzeźni publicznych. Wskutek tego rozporządzenia nagromadziło się na granicy szwajcarskiej tyle bydła, że niektóre kantony wystąpiły ze skargami. Od czasu wprowadzenia szczepień tuberkuliną istnieje we Francyi rozporządzenie, ażeby wszystkie oddziałujące sztuki w ciągu 1 roku były zabite lub za granicę wyprawione. W budżecie państwowym na rok 1898 wstawiono 400000 fr. na odszkodowanie właścicieli, poszkodowanych wskutek tego rozporządzenia. Początkowo na ten cel przewidywano daleko znaczniejszą sumę (do 1,200.000 fr.), która jednak w pierwszym roku pokazała się za wielką. Z początkiem 1897 prefekt policyi paryskiej otrzymał specyalnie zorganizowaną służbę w celu określania gruźlicy u krów, dostarczających mleka do Paryża i departamentu Sekwany. Właściciele, życzący sobie przekonać się, czy krowy ich nie są gruźlicze, mają je w pewne dni tygodnia dostarczać do oddziału na targu bydlęcym, na to wyznaczonym. Krowy pozostają tutaj w obserwacyi w ciągu doby. Gdy się okaże po tuberkulinowej próbie, że wszystkie krowy z jednej obory są zdrowe, wówczas wydaje się świadectwo urzędowe. Co 6 miesięcy może ono być wznowione, jeżeli krowy, pozostając pod stałym dozorem weterynarskim, uznane są za zdrowe. Szczepienie tuberkuliną wykonywanem bywa bezpłatnie; uiszcza się pewna opłata za utrzymanie zwierząt. Odtąd niewolno sprowadzać do Paryża mleka od krów za gruźlicze uznanych.

W Belgii dekret królewski z 30/XI 1895 roku przepisuje środki, dążące do powstrzymania przywozu gruźliczego bydła z zagranicy i do wytępienia zarazy, istniejącej w kraju. Przytem są podane dokładne sposoby szczepienia tuberkuliną oraz sposób odszkodowania za bydło gruźlicze, które zostanie zabite w ciągu roku od czasu rozpoznania.

W Szwajcaryi Rada Związkowa upoważniła w r. 1894 Wydział rolniczy do rozdawania kantonom tuberkuliny bezpłatnie oraz do wydawania połowy należytości za szczepienie tuberkuliną zwierząt domowych, pod warunkiem, że tuberkulinę szczepić będą weterynarze ściśle według podanych wskazówek, opracowanych przez wydział rolniczy; szczepienie ma się odbywać u zwierząt mających powyżej 6 miesięcy, o każdem szczepieniu i jego wynikach ma być zdawana sprawa. Zwierzęta oddziałujące opatrzone być mają znakiem, wyciętym na prawem uchu, w postaci trójkąta. Zwierzęta nie oddziałujące po tuberkulinie, mające jakąś oznakę łatwą do odróżnienia, otrzymują świadectwo zdrowia.

Rada Zdrowia stanu New-Yorku wypracowała i ogłosiła memoryał o gruźlicy na podstawie narad w tym przedmiocie. Podniesioną została w nim okoliczność nadmiernego szerzenia się gruźlicy u bydła i jako środek polecono wybicie bydła gruźliczego. Środkiem w rozpoznaniu uznaną została tuberkulina. Memoryał żąda, ażeby stan wyasygnował na koszta zwalczenia gruźlicy 300000 dolarów. Stany Zjednoczoae Ameryki Północnej wyznaczyły w 1895 1,500.000 na bezpłatne wydawanie tuberkuliny właścicielom. Stan Massachusets rozpoczął wybijanie natychmiastowe gruźliczego bydła; pokazało się jednak, że jest to środek niewykonalny.

We Włoszech Minist. spr. wewn. wydało 25/1 1895 rozporządzenie, polecające użycie tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego szczególnie u krów mlecznych, w celu ograniczenia rozszerzania się gruźlicy przez mleko gruźliczych krów.

---

[5]) Rudovsky 8.

[6]) Rud. s. 8.

W Niemczech większa część państw Rzeszy związkowej wprodziła szczepienie tuberkuliną. Okólnik królewsko-pruskiego Ministerstwa rolnictwa dotyczący zwalczania gruźlicy z 20 Lipca 1896 roku brzmi następująco:

„Niemiecka Rada rolnicza, po rozpatrzeniu środków zwalczenia gruźlicy u zwierząt domowych, uchwaliła prosić kanclerza Państwa o wprowadzenie szczepień tuberkuliną tytułem próby w kilku gospodarstwach, według sposobu podanego przez prof. Banga na Zjeździe higienicznym w Budapeszcie. Deputacya techniczna weterynarska na posiedzeniu łącznie z wybitnymi przedstawicielami gospodarstwa wiejskiego poleciła sposób ten oraz pouczenie o gruźlicy, jej szkodliwości i sposoby zwalczania podać do wiadomości publicznej. Ponieważ ustawodawcze uregulowanie sprawy szerzenia się gruźlicy napotyka na liczne trudności i zajmie zapewne więcej czasu, minister zarządzi tymczasowe środki na podstawie wniosków wyżej wspomnianych. Co się tyczy prób dokonanych pod kontrolą państwową, to dowiodły one, że w ten sposób można przy należycie starannem i ścisłem wykonaniu podanych przepisów osiągnąć istotnie zwalczenie tej choroby i osiągnięcie wolnej od gruźlicy hodowli bydła. Koszta szczepienia i całej czynności weterynarskiej mają być pokryte z kasy państwa. Właściciele otrzymają następnie odszkodowanie za padłe przy szczepieniu sztuki, oraz nie wyklucza się możności pomocy pieniężnej przy przeprowadzeniu środków, do zwalczania gruźlicy niezbędnych“.

Rada weterynarska niemiecka 9 i 10 Października 1897 nie poprzestając na wyżej wzmiankowanych środkach, z uwagi, że dobrowolne szczepienie tuberkuliny i tępienie gruźlicy nie doprowadzi do celu, uchwaliła żądać od Państwa przymusowego szczepienia tuberkuliny łącznie z odszkodowaniem i ubezpieczeniem bydła. Przymusowe zwalczanie gruźlicy możliwem jest, według tego, przy wprowadzeniu obowiązkowego oglądania mięsa i przymusowej asekuracyi bydła przeciw gruźlicy, najlepiej przez ubezpieczenie bydła rzeźnego.

Zwięźle i jasno, a zarazem w sposób bardzo praktyczny, rozwiązuje stronę zwalczania gruźlicy i odszkodowania za bydło, uznane za gruźlicze, projekt ustawy francuskiej z roku 1895, o ile mi wiadomo, bliskiej przyjęcia:

„1) Każda sztuka bydła rogatego, mająca objawy kliniczne gruźlicy, zostaje zabitą z rozkazu prefekta. 2) Bydło, mające objawy podejrzane o gruźlicę, poddane być ma próbie tuberkulinowej; sztuki oddziałujące zostają zabite z rozkazu prefekta. 3) W razie znalezienia gruźlicy u żywego zwierzęcia lub po jego zabiciu, wszystkie sztuki bydła, które były z niem w bliskiem zetknięciu, poddane być mają próbie tuberkulinowej. Okazujące odczyn gruźlicy mogą być sprzedane tylko na użytek rzeźni, do której mają być dostawiane nie później, jak w przeciągu jednego roku. Czas ten może być przedłużony przez Ministra Rolnictwa na wniosek rady przybocznej, ustanowionej przeciw chorobom zakaźnym. W tym jednak razie właściciel bydlęcia traci prawo do odszkodowania z art. 4. Zwierzę, które miało odczyn tuberkulinowy, jeżeli wśród okresu czasu obserwacyjnego okaże objawy kliniczne gruźlicy, zostaje zabite z polecenia prefekta. 4) W razie zniszczenia mięsa, częściowego lub całkowitego, z powodu gruźlicy bydlęcia dozwala się właścicielom odszkodowanie, a) w czwartej części wartości, jeżeli zwierzę zostało zabite z rozkazu prefekta; b) połowę wartości zniszczonego mięsa, jeżeli zwierzę dostawiono do rzeźni w przeciągu roku (art. 3) bez objawów klinicznej gruźlicy. Zniszczenie mięsa w każdym innym przypadku nie daje prawa do odszkodowania“. Dalsze artykuły ustawy mają na celu uregulowanie kary za przestępstwa przeciwko ustawie.

Zarządzenia i środki, jakie powyżej podane zostały, poparte były licznemi doświadczeniami, przedsięwziętemi na wielką skalę. Nocard na 1500 zwierząt szczepionych tuberkuliną poddał sekcyi 192. Z nich 124 miały charakterystyczny odczyn. Z wyjątkiem jednej sztuki wszystkie miały zmiany gruźlicze w narządach. Z pomiędzy 78, które nie miały wyraźnego charakterystycznego odczynu, 9 były również gruźlicze; te jednak miały zmiany daleko posunięte, już przy zwykłych sposobach fizykalnego badania zupełnie wyraźne. Takie przypadki zwykle dają odczyn niewyraźny, przeciwnie nawet, w takich razach stósowanie tuberkuliny do rozpoznania jest zupełnie zbyteczne. W innych chorobach Nocard nie otrzymał podwyższenia ciepłoty po tuberkulinie. Feser szczepił 443 sztuki i z polecenia Rządu bawarskiego prowadzi tę sprawę dalej. Zgadza się zupełnie z wywodami Nocarda i Banga. Bang do końca 1895 roku zaszczepił przy pomocy 210 weterynarzy 1972 obór z 53303 sztuk bydła, z nich 20665 = 38,7% ujawniło odczyn gruźliczy. Wogóle w Danii zaszczepiono w 1894 = 5200 sztuk, 1895 = 17.890 szt., 1896 = 65.700 szt., 1897 = 93.000 szt. Sprawa ta zatem postępuje bardzo szybko i rozwija się z roku na rok.

Wszyscy badacze, którzy z tuberkuliną mają do czynienia, zaznaczają ważną okoliczność, mianowicie brak dziedziczności gru-

źlicy. Bang i Nocard twierdzą zgodnie, że oddzielenie cieląt od matek, chorych na gruźlicę i karmienie ich mlekiem przegotowanem, chroni potomstwo od gruźlicy. Sposób ten pozwala w przeciągu 3-ch lat otrzymać z gruźliczej obory zdrowe potomstwo, a więc bez zbytnich kosztów ułatwia możność dojścia do zdrowego inwentarza. — Że istotnie gruźlica u bydła drogą dziedziczności prawie się nie udziela, na to mamy najwyraźniejszy dowód w małej ilości gruźliczych cieląt.

(Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 1 Września.

W sprawie zorganizowania polskiego Komitetu na XIII międzynarodowy Kongres lekarski doręczono nam komunikat następującej treści:

Otrzymałem od Prezydyum centralnego Komitetu, urządzającego XIII międzynarodowy Kongres lekarski w Paryżu, zaproszenie do zorganizowania polskiego Komitetu. Według zwyczaju, używanego przy tworzeniu polskich Komitetów lekarskich na poprzednie Kongresy w Rzymie i w Moskwie, zaprosiłem nasze Towarzystwa lekarskie do rychłego wyboru Delegatów do tego Komitetu, jak niemniej zaprosiłem także, jako członka Komitetu, Prof. Dra Laskowskiego z Genewy. Po otrzymaniu odpowiedzi zwołam w możliwie najkrótszym czasie wybranych Delegatów na posiedzenie w celu ukonstytuowania się. Komitet centralny w Paryżu zawiadomiłem, że podjąłem starania około zorganizowania Komitetu polskiego.

Kraków, 31 Sierpnia 1898.

Prof. Dr. Edward Korczyński.

Od kol. Dra Zolla otrzymujemy list następujący:

Porządkując bibliotekę po ś. p. prof. Obalińskim, w celu jej spieniężenia, znalazłem brak pojedyńczych tomów i zeszytów; ponieważ mam powody mniemać, że brak ten powstał z powodu wypożyczań, do uwidocznienia czego nie posiadam jednak żadnych notatek, udaję się na tej drodze do PP. Kolegów z prośbą, ażeby, jeśli mają u siebie jakie dzieła z księgozbioru ś. p. prof. Obalińskiego, zechcieli w najkrótszym czasie odesłać je pod moim adresem (Kolejowa, 7).

Dr. Józef Zoll.

* W ubiegłym roku szkolnym było w Uniwersytecie lwowskim słuchaczów 1673 (166 nadzwyczajnych), a mianowicie: 295 — na wydziale teologicznym, 1096 — prawnym, 121 — lekarskim, 161 — filozoficznym. Podług narodowości było: 1162 Polaków, 501 Rusinów (238 na wydziale teologicznym), 6 Niemców, 3 Czechów, 1 Bułgar.

* Podniesiona przez warszawski wydział lekarski myśl ustanowienia katedry pedyatryi w uniwers. warszawskim nie została na razie uwzględnioną przez władzę.

* Projekt do ustawy o szczepieniu ospy ochronnej („Przegląd lekarski“, Nr. 33), powzięty przez angielską Izbę gmin, trafił na opór w Izbie lordów, gdzie go zwalczał znakomity Lister. Odesłany do powtórnego przejrzenia do Izby gmin i tam ponownie poparty, został ostatecznie przyjęty przez Izbę lordów.

W przewidywaniu tych niefortunnych uchwał angielskie Towarzystwa: lekarskie i chirurgiczne, wypowiedziały swe, niemal tożsame zapatrywania na zupełną nieszkodliwość i wielką pożyteczność szczepienia krowianką, nazywając „nieszczęściem dla ludności“ wszelki wyłom w prawie obowiązkowego szczepienia. Rozumna ta przestroga nie została uwzględnioną.

(c) Przed dwoma laty odnaleziono w bibliotece kościoła św. Jakóba w Szczecinie kilka roczników „Stettiner ordinäre Postzeitung“, z początku XVIII w. (1716—1720), dziennika, którego istnienia, zwłaszcza już tak wcześnie, nawet się nie domyślano. Dr. Buschan, zadawszy sobie trud przewertowania starej bibuły, znalazł garść szczegółów, ciekawych dla określenia stosunków lekarskich w owym czasie i trochę wiadomości o współczesnych nagminnie panujących chorobach, oraz sposobach zapobiegawczych. Jest między tem wszystkiem także nieco wiadomości o Polsce, które warto zapisać; może jaki przyszły historyk polskiej medycyny te okruszyny podejmie. W Listopadzie 1719 zapisano wieść ze Lwowa, że zaraza morowa w mieście tem słabnie, a w Styczniu 1720, że już tam ustała. W roku 1718 nadmieniono tylko ogólnie o Polsce, że zaraza w niej szczególnie gwałtownie się sroży. Zdaje się, że równocześnie panowały inne także zarazy, bo np. w Sierpniu 1719 donoszą ze Lwowa, że „auf denen Vorstädten unter den Juden noch unbekannte Krankheiten grassiren“.

Ciekawą też jest wiadomość, że dla zapobieżenia zarazie (prawdopodobnie dżumie), stosowano w Polsce odosobnienie chorych. W Lublinie wygnano 1720 r. 16 zarażonych za miasto; gazetka zapisuje, że wszyscy ci chorzy jeszcze żyją. Również znajduje się wzmianka o 21 chrześcianach, zamkniętych w łazni przez 6 żydów, „weil 2 andere Personen, so sich mit diesen zugleich gebadet, Todes verblichen sind, die aber, so schon etliche Tage gehalten, befinden sich gesund“.

* W Londynie zaprowadza Asylum Board nowość, której szczerze można pozazdrościć. Jest nią utworzenie „szkół szpitalnych“, to jest szkół dla dzieci, wykluczonych z powodu chorób zaraźliwych (jaglicy, świerzbu i t. d.) z publicznego nauczania; również odrębne szkoły powstać mają dla dzieci, przychodzących do zdrowia lecz osłabionych jeszcze po ciężkich chorobach; dla umysłowo mniej rozwiniętych, wreszcie dla dzieci, oddawanych do domów poprawy. Doniosłości tego nader szczęśliwego pomysłu, zarówno ze względu na zapobieganie szerzeniu się jaglicy i t. d., jak i ze względów ogólnospołecznych, wyłuszczać chyba nie potrzeba.

* Szkoła lekarska dla kobiet w Londynie szybko się rozwija; obecnie zbudowała sobie nowe zakłady dla anatomii, fizyologii i patologii. Oddziały kliniczne mieszczą się w „Royal free Hospital“. Po egzaminach stoi otworem lekarkom „The new Hospital for Women“, w którym cała służba lekarska jest wyłącznie w rękach kobiet i gdzie oddział chirurgiczny, pod kierunkiem pani Dr. Scharlieb, wykazuje nader korzystną statystykę operacyj. Później znaleźć mogą lekarki angielskie łatwo miejsce w Indyach zachodnich, gdzie przepisy religijne zakazują kobietom leczyć się u mężczyzn.

* W Norwegii przygotowuje się projekt do prawa, wzbraniającego palenia tytoniu osobom, które nie ukończyły 16 lat życia.

* Dr. Antoni Veselý, I szy asystent prof. Eiselta i naczelny redaktor „Časopisu lek. č.“, habilitował się na stopień docenta do wykładów z medycyny wewnętrznej w czeskim wydziale lekarskim.

Mianowania. Dr. Bloch mianowany został prof. nadzw. otyatryi w Fryburgu. Dr. Kohn — nadzw. prof. chemii lekar. w Królewcu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Walenty Seweryn, lat 83, w Uładówce na Podolu. Dr. Andrzej Bohdan Biliński, lekarz okręgowy w Kozowej, zmarł 25 sierpnia w Krakowie. Dr. Ewert Juliusz Bonsdorff, prof. anatomii i fizyologii w Helsingforsie. Dr. W. Pepper, prof. medycyny wewn. w Filadelfii. Dr. Jan de Vrij, profesor farmakologii w Haadze.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 35): Dra Puławskiego A.: Rak żołądka na tle wrzodu okrągłego Dra Cybulskiego H: Przypadek odmy piersiowej. W *Medycynie* (Nr. 35): Dra Olszewskiego H.: Dwa przypadki cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu guzów miednicy małej. W *Przeglądzie dentystycznym*: Dzierżawskiego: O przyczynach, uspasabiających do pruchnicy zębów, oraz kilka słów o zapobieganiu próchnicy. Dra Zielińskiego Wł.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Kuflewski, prof. chirurgii w klinicznej szkole w Chicago: „Cavernous Angioma“ w „The Chicago Clinic“, 1898. Nr. 5.

— Prof. A. Beck: „Zur Untersuchung der Erregbarkeit der Nerven“, Bonn, 1898.

— Jahrbuch des Bosn-Herceg. Landesspitales in Sarajevo für 1834, 1895, 1896. herausgegeben von der Landesregierung für Bosnien u. Hercegowina. Wiedeń. Nakład J. Safára. 1898.

— Doc. Dr. Haug: Thun und Lassen in der Behandlung etlicher der haufigsten Ohraffectionen. München, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków 10. Września 1898. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Leczenie wodogłowia zapomocą sączkowania (drenowania) śródczaszkowego.

Podał

Dr. H. Schramm,

Docent chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

Nie mam zamiaru wdawać się w rozbieranie etyologii wodogłowia; podnieść jednak muszę, że choć są różne, poczęści jeszcze nie znane przyczyny tego cierpienia, to jednak trzeba przyznać, że ostatecznym powodem zmian chorobowych jest zwichnięcie równowagi między wydzielaniem się a wsysaniem cieczy mózgowordzeniowej. Powiększone wydzielanie lub zmniejszone wessanie płynu w pierwotnym pęcherzu mózgowym przeszkadza prawidłowemu rozwojowi półkul mózgowych i prowadzi do wodogłowia wrodzonego; ta sama sprawa, powstała w pierwszych miesiącach życia dziecka, lub nawet nieco później, sprawia, że ciecz, gromadząca się coraz obficiej w komórkach, uciska i rozpycha utworzone już półkole mózgowe, wywołując ich zanik i powiększenie obwodu czaszki. Zabiegi lecznicze muszą też zmierzać do zmniejszenia ilości nagromadzonego płynu, zatem dążyć do powiększenia wsysania się cieczy lub zmniejszania jej wydzielania się. Medycyna wewnętrzna posługuje się przeważnie środkiem pierwszym, to jest stara się przez podniesienie ogólnego stanu odżywienia. przez podawanie leków, ułatwiających wessanie, odwodzących i przeczyszczających, podniecić wessanie płynu, nagromadzonego w komórkach mózgowych. W przypadkach wodogłowia wrodzonego środki te pozostają prawie zawsze bez skutku; w wodogłowiu nabytem mogą odnieść dobry skutek tylko w przypadkach świeżych i nizkiego stopnia.

W przypadkach wyższego stopnia i nieco zadawnionych medycyna wewnętrzna jest bezwładna; pomódz jeszcze może leczenie chirurgiczne. I tutaj zabiegi lecznicze można podzielić na dwojakie; jedne mają na celu zmniejszenie wydzielania się płynu, drugie dążą do wzmożenia wessania przez sztuczne powiększenie powierzchni wsysającej. Do pierwszych liczyćby należało systematyczny ucisk czaszki zapomocą odpowiednich opatrunków; metoda ta jednak sama przez się prawie nigdy nie prowadzi do dobrego wyniku, zwłaszcza, że dzieci nie znoszą dostatecznie długiego i odpowiednio silnego ucisku. Drugim środkiem, ten sam cel mającym, jest jedno lub kilkorazowe wypuszczenie płynu przez nakłócie. Sposób ten bardzo zresztą stary, polecany już bowiem przez Hippokratesa i Celsyusza dotychczas najwięcej liczy zwolenników, a w celu wykonania jego podawano rozmaite rodzaje postępowania. Najczęściej wykonywano nakłócie jednej z komórek bocznych, wbijając trójgraniec nieco z boku od linii środkowej czaszki przez rozciągnięte ciemiączko większe. Langenbeck nakłół komórkę przez wypartą i ścieńczałą jedną ścianę oczodołu, aby utworzyć najodpowiedniejszą drogę do odpłynięcia cieczy mózgowordzeniowej. Broce wykonał nakłócie przez otwór trepanacyjny nad i za uchem, podobnież Nuijens[1]) zaleca nakłócie tylnego rogu komórki. W najnowszych czasach Quincke[2]) zalecał także w celu leczenia wodogłowia nakłócie lędźwiowe. Zabiegi te jednak, prócz prawie zawsze stwierdzonej chwilowej poprawy, bardzo tylko rzadko dawały dobre wyniki.

Pomijając już niebezpieczeństwo nagłej zmiany ucisku śródczaszkowego, po szybkiem wypuszczeniu większej ilości płynu, mogące sprowadzić nagłą śmierć dziecka, to zważyć trzeba, że jednorazowe usunięcie płynu tylko bardzo wyjątkowo prowadzi do wyleczenia choroby; prawie zawsze zabieg ten potrzeba powtarzać kilka razy. Mimo zachowania wszelkich ostrożności aseptyki następne nakłócia wykazują, że płyn przybiera cechy wydzieliny zapalnej i sprawa ta wcześniej czy później pociąga za sobą śmierć dziecka. To też i doświadczenia, zebrane w najnowszych czasach, nie są wcale zachęcające. Picque[3]) n. p. przytacza, że z 13 operowanych dzieci 12 zmarło, jedno pozostało idyotą. Raczyński[4]) z 7 przypadków nie miał żadnego dobrego wyniku; podobnie wyrażają się Andry[5]), Bilhaut[6]), Zaleski[7]); Trzebicky[8]) wspomina również o 1 przypadku śmiertelnym, a i moje doświadczenia, oparte na 3 przypadkach nakłócia komórki bocznej, przekonały mnie, że, prócz chwilowego polepszenia, nie można zapomocą samego nakłócia osiągnąć wyleczenia, przynajmniej w nieco wyższych stopniach wodogłowia przewlekłego. To samo powiedzieć można o połączeniu nakłócia z wyciągnięciem (aspiracyą) płynu; zabieg ten, przez nagłą zmianę ucisku śródczaszkowego, musi być nawet niebezpieczniejszy od samego nakłócia.

W celu zmniejszenia wydzielania się płynu, polecali też niektórzy autorowie, jak Wienu, Tondnesco i Langenbeck wstrzykiwanie do komórki mózgowej płynów drażniących, a mianowicie rozczynu jodu. Lubo jednak próby te wykazały, że mózg znosi czasami nawet tak silne drażnienie, to przecie, z powodu niepewności wyniku, a wielkiego natychmiastowego niebezpieczeństwa, sposób ten nie znalazł wielu zwolenników. Mojem zdaniem możnaby ostatecznie próbować ostrożnego przepłókania komórki zapomocą płynu obojętnego, mianowicie fizyologicznego rozczynu soli, tembardziej, że tym sposobem np. Keen opisywał wyleczenie w 1 przypadku wodogłowia wprawdzie nie przewlekłego, lecz powstałego na tle podostrego zapalenia opon mózgowych.

Inne sposoby leczenia mają na celu obok jednorazowego usunięcia płynu także zwiększenie wessania przez to,

że otwór po nakłóciu umyślnie zostawia się nie zamknięty, aby powstająca na nowo ciecz mózgowo-rdzeniowa mogła swobodnie odpływać na zewnątrz. Do stosowania tego sposobu zachęciły mnie spostrzeżenia samoistnego wyleczenia wodogłowia po przypadkowym urazie, n. p. w przypadku opisanym przez Greatwooda[9]), w którym, po przebiciu wodogłowia gwoździem i po 4-dniowem swobodnem odpływaniu cieczy mózgowo-rdzeniowej, nastąpiło stałe wyleczenie, lub w przypadku Haasego[9]), w którym stwierdzono wyleczenie po samoistnem przebiciu się płynu przez ścieńczałe powłoki głowy. Przypadki takie jednak należą do bardzo rzadkich wyjątków; doświadczenie zaś poucza, że mimo wykonania zabiegu operacyjnego według zasad nowoczesnej chirurgii, mimo chwytania wypływającej cieczy w opatrunek anty- lub aseptyczny, następuje z reguły wcześniej lub później zakażenie ropne wśród komórki, pociągające za sobą niechybnie śmierć dziecka. To samo da się powiedzieć, w wyższym jeszcze stopniu, o zakładaniu sączka do komórki, w celu odprowadzania cieczy mózgowo-rdzeniowej na zewnątrz. Wyniki tego zabiegu są prawie zawsze niekorzystne. Słusznie też wymaga Nuijens[1]), aby tego zabiegu, jako sposobu leczenia przewlekłego wodogłowia, zupełnie zaniechać.

Wobec tego pozostała jeszcze jedna droga do przyspieszenia wessania nagromadzonego płynu, a mianowicie, bądź to przez otwarcie prawidłowego, lecz zamkniętego połączenia komórek z przewodem stosu pacierzowego, bądź przez połączenie komórki mózgowej z przestworami łącznotkankowymi, położonymi poza oponą miękką lub twardą.

Pierwszą z tych dróg obrał A. Bruce[10]), w przypadku wodogłowia podostrego, spowodowanego zapaleniem opon mózgowych u podstawy czaszki u dziewczyny 13-letniej, u której, jako powód wodogłowia przypuszczał zamknięcie komórki czwartej. Cięciem łukowatem od jednego wyrostka sutkowego do drugiego, sięgającem największą swą wypukłością nieco poniżej wyniosłości tyłogłowowej *(protuberantia occipitalis)*, ograniczył płat, który oddzielił aż do otworu wielkiego *(foramen magnum)* i z brzegu czaszki wytrepanował kawałek kości o średnicy $^3/_4$ cala. Po otwarciu opony twardej i mocno zgrubiałej błony pajęczej, przekonał się, że oba migdałki móżdżkowe przylegały mocno do siebie; po ostrożnem ich rozdzieleniu wypłynęło około 10 uncyj płynu, poczem części te przybrały położenie prawidłowe. Opony twardej Bruce nie zespoił; również nie wszczepił wytrepanowanego kawałka kości, tylko zeszył ranę skórną. Przez kilka dni ciecz mózgowo-rdzeniowa wypływała obficie wzdłuż szwów, a po ich wyjęciu gromadziła się pod skórę. Po 3-ch tygodniach nastąpiła śmierć z wyniszczenia, a oględziny pośmiertne wykazały zapalenie opon mózgowych u podstawy i ropień w czaszce. Czy i o ile operacya podobna może być pomocna w zapaleniu opon mózgowych, zwłaszcza nie gruźliczem, o tem mogą pouczyć dalsze doświadczenia; sądzę jednak, że zabieg ten jest zbyt ciężki, a zamknięcie komórki czwartej zbyt rzadką przyczyną przewlekłego wodogłowia, aby sposób ten można polecać, jako środek leczniczy w tem cierpieniu.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z oddziału I. chorób wewnętrznych szpitala Powszechnego we Lwowie (Prym. Dr. O. Widmann).

O sposobach i klinicznej doniosłości wykrycia barwika żółci w moczu.

Podał
Dr. W. Arnold,
sekundaryusz szpitala.

(Ciąg dalszy).

Wobec tego, że nie znamy innego wytworu bilirubiny, któryby posiadał widmo o liniach pochłonnych bilicyaniny, a któryby nadto wobec odczynników zachowywał się w ten sam sposób, nie możemy wysnuć innego wniosku, jak tylko ten, że odczyn, opisany przez prof. Gluzińskiego, polega na wytworzeniu się bilicyaniny z bilirubiny pod wpływem gotowania z formaldehydem.

Na odwrót tylko wówczas, gdy stwierdzić możemy smugi bilicyaniny zielonej, płyn zachowuje się w sposób opisany przez autora t. j. zmienia swój kolor na ametystowo-fioletowy po dolaniu kwasu solnego. (Odczyn bowiem czasem zawodzi, co zazwyczaj zależy od jakości aldehydu metylowego).

Wystąpienie smugi γ tłumaczy nam kolor ametystowo-fioletowy, występujący po dolaniu kwasu solnego, podczas gdy kolor roztworu kwaśnego jest stalowo-niebieskim, jeżeli przed zagotowaniem moczu żółtaczkowego, lub roztworu bilirubiny z formaldehydem zalkalizujemy go ługiem potasowym; wówczas bowiem w roztworze zakwaszonym stwierdzimy zazwyczaj tylko smugi, znamienne dla bilicyaniny (α i β). (Barwik ten stalowo-niebieski, jak wogóle bilicyanina w roztworze kwaśnym, z łatwością przechodzi do alkoholu amylowego).

(Co do widma bilicyaniny alkalicznej, to zauważyłem utleniając roztwór alkoholowo-chloroformowy bilirubiny zapomocą kwasu azotowego z domieszką dymiącego, że występuje ono po dolaniu ługu potasowego w wzgl. późnym okresie odczynu t. j. dopiero wówczas, gdy płyn przybierze już odcień fioletowy, a więc w okresie poprzedzającym tuż wytworzenie choleteliny, podczas gdy okresy poprzedzające nie okazują jeszcze widma bilicyaniny alkalicznej, tylko słabą smugę absorpcyjną koło linii Frauenhoferowskiej D. Dodając do roztworu, okazującego już widmo zielonej bilicyaniny nieco formaldehydu, zauważymy, że smugi występują wyraźniej a kolor płynu staje się czysto zielonym; w okresach zaś poprzedzających smugi bilicyaniny alkalicznej, pierwej nie widoczne, po dolaniu formaliny i ogrzaniu występują dopiero teraz, podczas gdy kolor zmienia się równocześnie na czysto zielony).

Odpowiedzieć należy jeszcze na pytanie, czy odczyn, opisany przez prof. Gluzińskiego, jest wyłącznie właściwym dla formaldehydu. Odpowiedź wypadnie przecząco; jeżeli bowiem dodamy do roztworu bilirubiny lub moczu żółtaczkowego, zalkalizowanego ługiem potasowym, nieco na zimno nasyconego roztworu chlorku cynku, zauważymy najpierw zmianę koloru z jasno-żółtego na wysycony pomarańczowo-żółty, który po ogrzaniu zmienia się na czysty, szmaragdowo-zielony kolor; jeżeli teraz dolejemy kwasu solnego, to znów zauważymy zmianę koloru na ametystowo-fioletowy. Odczyn

przebiega więc w ten sam zupełnie sposób, jak odczyn, opisany przez prof. Głuzińskiego i polega na tej samej sprawie chemicznej, gdyż płyn zielony badany przyrządem spektralnym okazuje widmo zielonej bilicyaniny, które za dolaniem kwasu solnego, przechodzi w widmo bilicyaniny kwaśnej. Odczyn więc formaldehydowy traci cechę wyłączności. (Zauważyć tu muszę, że odczyn z chlorkiem cynku czasem zawodzi, zwłaszcza, jeżeli posługujemy się moczem żółtaczkowym lub roztworem żółci, t. j. płyn pomarańczowo-żółty nie zmienia swego koloru na zielony, lub już zmieniwszy, po dalszem ogrzaniu znów przybiera zabarwienie żółte; w takich razach zazwyczaj silniejsze rozcieńczenie roztworu ułatwia odczyn. Powodem tego zjawiska jest mojem zdaniem słaba własność odtleniająca moczu, którą przez silniejsze rozcieńczenie osłabiamy do tego stopnia, iż już w odczynie nie przeszkadza).

Odczyny bilicyaninowe, t. j. polegające na przemianie bilirubiny na bilicyaninę, nie wyłączając reakcyi formaldehydowej, czasem zawodzą, zwłaszcza, jeżeli posługujemy się nie czystymi roztworami bilirubiny, ale cieczami, zawierającemi obok bilirubiny inne składniki, jak moczem lub roztworami żółci. Prócz tego i czułość próby formaldehydowej w cieczach, zawierających inne jeszcze barwiki (np. urobilinę lub barwiki moczowe) nie jest wystarczająca; zabarwienie bowiem ametystowo-fioletowe, powstające za dolaniem kwasu solnego, posiada za małą siłę barwiącą wobec innych barwików w moczu obecnych; (najczęściej płyn zielonawy stawał się za dolaniem kwasu solnego tylko ciemniejszym, jakby dymnym). Najwyraźniej jeszcze występował odczyn w moczach o nizkim ciężarze gatunkowym, w których barwik żółciowy przeważał nad innymi barwikami, znajdującymi się w bardzo małej ilości; mocze te stanowiły więc prawie czysty roztwór bilirubiny. Natomiast wobec śladów lub nawet małych ilości bilirubiny, dających się wykryć zapomocą sposobów, o których poniżej wspomnę, próba formaldehydowa zawodziła. Z tych to powodów próba formaldehydowa choć teoretycznie zajmująca, nie może być zalecona do użytku praktycznego w celu wykrycia bilirubiny w moczu. Doszliśmy zaś do wniosku, iż próba formaldehydowa polega na wytworzeniu się bilicyaniny, na dowód czego przytoczyliśmy nietylko znamienne widmo, ale i zachowanie się barwika wobec odczynników, mianowicie tę okoliczność, iż przechodzi pod wpływem kwasu solnego w odmianę ametystowo-fioletową, posiadającą znów znamienne widmo bilicyaniny w roztworze kwaśnym, jakoteż zachowanie się wobec alkoholu amylowego, do którego w roztworze kwaśnym z łatwością przechodzi itd.

Próby opisane stosuje się do wykrycia bilirubiny w samym moczu; dalsze proby polegają na wydzieleniu bilirubiny z moczu (zazwyczaj przez strącenie jej jako nierozpuszczalnej soli metalicznej). Ze sposobów służących do tego celu wymienię metody Stockvisa i Hupperta.

Metoda Stockvisa polega na strąceniu bilirubiny chlorkiem cynku lub (według Binnendijka) octanem cynkowym w 20% roztworze; osad po stępieniu oddziaływania silnie kwaśnego zapomocą węglanu sodowego zebrany na sączku, rozpuszcza się w zgęszczonym amoniaku, przyczem bilirubina przechodzi w bilicyaninę alkaliczną, którą można wykazać zapomocą znamiennego widma. Octan cynkowy jednak strąca w moczach, zawierających większą ilość urobiliny, pewną jej część, która rozpuszcza się następnie wraz z bilirubiną w amoniaku. Sposób ten zresztą w porównaniu z następnym o wiele mniej jest czuły. Zauważyłem jednak, że nadaje się on doskonale do wykrycia urobiliny, nie ustępując pod względem czułości nawet przyrządowi spektralnemu, gdyż w razie obecności nawet bardzo małej ilości urobiliny występuje w przesączu pierwszym, po strąceniu zapomocą octanu cynkowego i odsączeniu otrzymanego osadu, bardzo wyraźna i piękna zielona fluorescencya. Zauważyłem, że nawet tam, gdzie zapomocą pierwotnego sposobu Jaffégo otrzymuje się wynik ujemny lub niepewny, zapomocą tego sposobu otrzymuje się jeszcze wyraźną zieloną fluorescencyą, znamienną dla urobiliny i to nawet w przesączach, w których spektroskop wykazuje zaledwie widoczną słabą smugę między b a F. Co do wykrycia bilirubiny jednak, sposób ten nie dorównywa sposobowi Hupperta, który słusznie może być uważany za najlepszą próbę, służącą do wykrycia bilirubiny w moczu. Co do próby Stockvisa zresztą, to możnaby ją z korzyścią jeszcze w ten sposób zmienić, iż polewa się osad, zebrany na sączku, po strąceniu octanem cynkowym, małą ilością ługu potasowego (ca 10%), w którym rozpuszcza się on z łatwością, tworząc roztwór pięknego koloru pomarańczowo-żółtego; roztwór ten można użyć do próby Gmelina, najlepiej w odmianie Ultzmanna, lub można roztwór ten w ługu potasowym zmięszać z $^1/_3$—$^1/_2$ obj. formaldehydu i ogrzać do wrzenia. Tworzy się wówczas białawy strąt, a płyn ponad nim przyjmuje piękny, zielony kolor (badając go spektroskopem stwierdzić możemy obecność smug cholecyaniny w roztworze alkalicznym), który zmienia się na kolor ametystowo-fioletowy po dolaniu kilku kropel kwasu solnego (okazując teraz dwie smugi bilicyaniny w roztworze kwaśnym, obok smugi γ).

Najlepszym bezsprzecznie sposobem do wykrycia bilirubiny w moczu jest, jak już wspomniałem, metoda Hupperta, polegająca na własności soli barowych, lub wapniowych strącania bilirubiny z jej roztworu, jako nierozpuszczalnego połączenia bilirubiny z wapnem lub barem. Do moczu, zalkalizowanego węglanem sodowym lub amonowym, dodaje się roztwór chlorku wapna lub baru, lub odrazu strąca się bilirubinę mlekiem wapiennem lub wodnikiem baru; osad, koloru jasno-żółtego w razie obecności bilirubiny, zbiera się na sączku, następnie spłukuje się jeszcze wilgotny do probówki, dolewa alkoholu, zakwaszonego kwasem siarkowym i gotuje. W razie obecności bilirubiny przechodzi ona jako biliwerdyna do roztworu alkoholowego, który zabarwia się na kolor szmaragdowo-zielony. Osad otrzymany w ten sposób jest w razie nieobecności bilirubiny najczęściej bezbarwnym. Jeżeli jednak w moczu wobec bardzo małej ilości bilirubiny znajduje się większa ilość urobiliny, to ta ostatnia może również częściowo się strącić, przyczem zabarwia ona osad na kolor mniej lub więcej cielisty, aż do brunatnawo-żółtawego, a wówczas może żółtawe zabarwienie, nadane osadowi przez obecność bardzo małej ilości bilirubiny nie wystąpić dość wyraźnie; dołącza się do tego jeszcze i ta okoliczność, iż urobilina rozpuszcza się również w alkoholu, zakwaszonym kwasem siarkowym, do którego przejść mogą jeszcze i inne barwiki (np. hematoporfiryna), tak że wśród takich warunków obecność nieznacznej ilości bilirubiny mogłaby być zupełnie pominiętą.

Chcąc więc ominąć trudność, wynikającą z obecności

większej ilości innych barwików (a w szczególności urobiliny) w moczu, postąpiłem w następujący sposób (który, jak sądzę, stanowi uproszczenie i ulepszenie sposobu Hupperta). Naprowadziło mnie na ten pomysł spostrzeżenie, iż osad powstały przy sposobie Hupperta, jednak tylko wówczas, jeżeli do strącenia bilirubiny użyto mięszaniny barytowej, rozłożony na sączku zapomocą stężonego kwasu solnego, daje następnie odczyn Gmelina w sposób nierównie wyraźniejszy i silniejszy, niż bez użycia kwasu solnego; kolory, charakterystyczne dla odczynu Gmelina występują tak świeżo i wyraźnie, iż poznać je można jeszcze tam, gdzie bez zastósowania tej metody wynik byłby ujemny lub przynajmniej niepewny.

W celu strącenia bilirubiny dodaję do moczu $^1/_3$—$^1/_2$ obj. rozczynu barytowego (sporządzonego z $^2/_3$ części na zimno nasyconego roztworu wodnika baru i $^1/_3$ części nasyconego roztworu chlorku baru). Osad otrzymany zbiera się na sączku; (przemywanie osadu jest zbyteczne). Teraz wyjmuje się sączek wraz z osadem ostrożnie z lejka, rozkłada go się na papierze do sączenia, aby nadmiar wilgoci oddalić, a następnie dzieli na dwie połowy; jedną z nich kładzie się na kawałku bibuły do sączenia i umieszcza na płycie szklannej. Nachylając płytkę nad miseczką polewa się teraz ostrożnie osad, kropla za kroplą, i to dość prędko, zgęszczonym kwasem solnym; (nie potrzeba się obawiać, aby osad, który przylega silnie do sączka, mógł przy ostrożnem zraszaniu spłynąć). Jeżeli osad, w razie obecności bilirubiny, okazywał zabarwienie jasno-żółte, zmieni on je teraz, pod wpływem kwasu solnego na brązowe (brunatno-czerwone). (Ta zmiana koloru występuje w przeciągu kilku sekund i tak długo tylko trwać powinno polewanie osadu kwasem solnym). Jeżeli teraz dotkniemy się osadu, w ten sposób przygotowanego, laseczką szklanną, zanurzoną w kwasie azotowym lekko żółtawym (przez domieszkę kwasu azotowego dymiącego) i to najlepiej na brzegu sączka, gdzie warstwa osadu nie jest zbyt grubą, to wystąpią pierścienie barwne Gmelina wyraźniej i piękniej, niż przy zastósowaniu jakiegokolwiek innego sposobu.

(Dokończenie nastąpi).

III. **Z oddziału ocznego Radcy zdrowia Prym. Dr. E. Macheka we Lwowie.**

O zastosowaniu wasogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę,

podał

Dr. Adam Szulisławski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Dla uzyskania zupełnej pewności, że w naszych przypadkach wessanie rzeczywiście przez skórę następowało, trzeba było wykluczyć możliwość dostawania się jodu do ustroju przedewszystkiem na drodze przewodu pokarmowego, dokąd chorzy, którzy sami wcierali, mogli go wprowadzać zapomocą zanieczyszczonych rąk, a nadto zwrócić także uwagę na możliwość dostawania się jodu przez wdechanie, o czem tem bardziej należało myśleć, że zwłaszcza przy wcieraniach wasogenu jodoformowego, unosi się w sali właściwa i ostra woń. Badania jednak moczu najbliższych sąsiadów (wcierających), nie potwierdziły tego ostatniego przypuszczenia, dawały bowiem zawsze wynik zupełnie ujemny. Co się tyczy pierwszego, to celem wykluczenia przewodu pokarmowego, jako możliwej drogi dostawania się jodu przy wcieraniach, zastosowano w dwu przypadkach następujące ostrożności. (Tabl. I. 4. Tabl. II. 7). Wcieranie było robione przez drugą osobę, zapomocą doskonale wygładzonego szkła, na łydki i uda, a następnie pokryto te miejsca na 24 godzin szczelnie przylegającym opatrunkiem krochmalnym. Badanie moczu na jod dało w obydwu tych przypadkach wynik dodatni, chociaż odczyn był niewątpliwie słabszy, a więc i ilość wessanego jodu mniejsza. Łatwo jednak znaleźć wytłómaczenie tego zjawiska, jeśli się zważy, że ubytek (wprawdzie stosunkowo niewielkiej) powierzchni skóry na dłoniach, nie mógł pozostać bez wpływu na ilość wessanego jodu, gdyż właśnie tu t. j. na dłoniach, dzięki miejscowej właściwości przyskórka (brak tłuszczu) przenikanie odbywać się musi najenergiczniej, a w każdym razie z większą łatwością, niż gdzieindziej. Z tem też w związku pozostaje ta okoliczność, że przy tej samej ilości zużytego materyału potrzeba było, wcierając szkłem, zużyć dwa razy więcej czasu, niż przy wcieraniu własnemi rękami.

Dopiero po wykluczeniu tych dwu możliwości, na co wymienieni autorowie żadnej nie zwracają uwagi, uzyskał dodatni wynik badania moczu na jod prawo do miana rzeczywistego dowodu, że zarówno wasogen jodoformowy, jak jodowy posiadają zdolność przenikania zdrowej skóry.

Jeden rzut oka na nasze tablice i powierzchowne ich ze sobą zestawienie wystarczy, aby stwierdzić ten uderzający i zadziwiający fakt, że wasogen jodoformowy bez porównania łatwiej, dokładniej i w większych ilościach ulega wessaniu ze skóry, niż wasogen jodowy. A musimy przypomnieć, że 5 grm. 6% wasogenu jodowego zawiera 0,30 czystego jodu, podczas gdy w 10 grm. 3% wasogenu jodoformowego mieści się 0,29 czystego jodu. W dwu przypadkach (Tabl. II. 5. i 6.) usiłowałem przez dodanie acetonu, ługu sodowego i wyskoku, zamienić jod w wasogenie jodowym zawarty, jeszcze przed wtarciem, na jodoform, jednak bez spodziewanego skutku, gdyż wynik badania moczu był tylko taki, jaki zwykle bywa przy wasogenie jodowym. Chcąc podać wytłómaczenie tego szczególnego zachowania się skóry względem wasogenu jodowego i jodoformowego, musiałbym gubić się w przypuszczeniach, co zresztą wykracza poza ramy niniejszej pracy [1]).

Jeśli się zważy to, cośmy wyżej przytoczyli, muszą się wydać wyniki, które podaje Dr. Monheim, tembardziej zdumiewającymi, że używał on wasogenu jodowego, który jak już wiadomo trudniej przenika skórę i dlatego w bardzo tylko małych ilościach dostaje się do moczu. Zdaje się jednak, że przyczyna leży w próbie, jakiej używał Dr Monheim do wykazania jodu. Ponieważ przeprowadzał on swoje badania wprost w surowym moczu, jest więcej niż prawdopodobne, że powstający po dolaniu zgęszczonego kwasu siarkowego odczyn urochromu wziął za odczyn

[1]) Dr. Moraczewski, którego wskazówki ułatwiły mi wykonanie chemicznej strony moich doświadczeń, twierdzi, że przyczyny tego zjawiska szukać należy między innymi w rozmaitym ciężarze drobinowym jodu (759.24) i jodoformu (392.59). Zdaje się mieć wiele prawdopodobieństwa za sobą przypuszczenie, że jodoform jako lżejszy pod względem ciężaru drobinowego, jest zarazem lotniejszym i łatwiej wessalnym.

jodu, co tembardziej jest możliwe, że rubinowo-czerwona barwa urochromu na niebieskiem tle (n. p. nieba), przybiera w próbówce odcień wyraźnie fioletowy.

Natomiast wyniki otrzymane przez Dra Dahmena (w przesączu ze spalonego i stopionego moczu), są zupełnie bez zarzutu. On też pierwszy, o ile to z dostępnej mi literatury stwierdzić mogę, wykazał jod w moczu po wcieraniach wasogenu jodoformowego.

Pominąwszy indywidualne różnice w przepuszczalności skóry u rozmaitych osobników, można stwierdzić, że wessanie jodu ze skóry odbywa się dość wolno, gdyż wydalenie jodu z moczem da się wykazać dopiero w 3—4 godzin po wtarciu. Osięga ono w 9—12-tu godzinach najwyższą swoją wartość i następnie zwolna opada; trwa jednak bardzo długo (w każdym razie znacznie dłużej, niż to Dr. Monheim podaje), jeszcze bowiem po 24 godzinach znajdujemy w moczu dostrzegalne ślady jodu — po wasogenie jodowym, a wyraźny odczyn — po wasogenie jodoformowym. I zdaje mi się, że w tem właśnie leży odrębna właściwość tego sposobu stosowania jodu, na którą należałoby szczególniejszą zwrócić uwagę, gdyż w ten sposób zdołamy wprowadzić do ustroju wprawdzie tylko małe ilości jodu, które jednak z trudnością przezeń się przeciskają, stosunkowo długo w nim przebywają, coby ostatecznie nie powinno pozostać bez wpływu na ich farmakodynamiczną wartość. W moczu oddanym po 28 do 30 godzinach nie zdołaliśmy naszemi próbami wykazać jodu.

Na pytanie, jaka jest właściwie lecznicza wartość tego nowego środka, trudnoby było na razie pewną dać odpowiedź, a to tem bardziej, że używaliśmy prawie we wszystkich naszych przypadkach, oprócz wasogenów jodowych, także i innych środków leczniczych (j. t. wcierań szaruchy, wstrzykiwań sublimatu pod spojówkę i t. p.) Pod tym względem mogłaby dać jakieś pewniejsze wskazówki tylko systematycznie przeprowadzona, ścisła statystyka. W każdym jednak razie tyle mogę powiedzieć, że przynajmniej w niektórych przypadkach odnosiłem takie wrażenie, jakby właśnie wcierania wasogenów jodowych nie pozostawały bez wpływu na korzystny wynik leczenia.

Niechaj mi wolno będzie przytoczyć kilka takich przypadków.

I. Jan Niemiec 36 l. przyjęty 8/2 b. r. *Haemorrhagia in corp. vitr. oc. sin. Cataracta compl. Amaurosis oc. d.* Wl = palce przed okiem. 20 wcierań szaruchy po 3 grm. n. d. Wl = palce na 2 m. Dno oka jeszcze niedostrzegalne. Wcierania wasogenu jodowego po 2 grm. n. d, 1 raz 3 grm. tak, że w ogóle zużył 43 grm. Badanie moczu na jod 3 razy z wynikiem ujemnym (należy do pierwszej seryi), mimo to Wl = palce na 5 m. Dno prześwieca. Chory sam jest głęboko o tem przekonany, że właśnie wcierania wasogenu jodowego sprowadziły poprawę i usilnie się o nie dopomina. Opuszcza zakład d. 7/4 z 50 grm. wasogenu jodowego. Po użyciu tegoż, jod wewnętrznie. Dnia 25/5 Wl = $^{6}/_{36}$ Mp. 3 D. Sn. 0,6 pojedyncze słowa. Męty w ciałku szklanem. Dno widzialne. Następnie miałem sposobność badać chorego 6/6 znowu po 11 wcieraniach wasogenu jodowego po 2 grm. n. d. Wl = $^{6}/_{24}$ Mp. 3 D. Sn. 0,5 pojedyncze słowa.

II. Dec Edward, 28 l. przyjęty 23/2 b. r. *Irido-keratitis specif. oc. sin. Synechia post. fere annularis o. d.* Po 25 wcieraniach szaruchy, atropinie i t. d. znaczne polepszenie. Źrenica szeroka, wolna. Istnieje jednak jeszcze dość silne nastrzykanie rzęskowe, rozsiane głębokie nacieki w rogówce i liczne precipitaty. Wasogen jodowy po 2 grm. — 32 wcierań, 1 raz 5 grm. i raz wasogen jodoformowy 10 grm. Oko w tym czasie uspokaja się zupełnie, nacieki rogówki znikają, również precipitaty, oprócz kilku ledwie dostrzegalnych, tak, że chory mógł opuścić oddział 20/5. W dniu 10/5 wykonano wycięcie kawałka tęczówki (iridektomię) na drugiem t. j. prawem oku.

III. Pani C. J. (pacyentka prywatna) l. 36. Zgłasza się 23/2 br. z powodu, że od kilku dni niepokoi ją plamka w środku pola widzenia lewego oka. (*Scotoma posit.*) Wziernik wykazuje *Retino chorioiditis paracentralis oc. sin.* Mimo to Wl = $^{6}/_{8}$ — $^{6}/_{6}$ Mp. 3 D. Sn. 0,5 ale niewygodnie. W moczu niema nieprawidłowych składników. Chora mieszka na wsi, nie chce i nie może pozostać — polecono przeto do domu, obok ogólnych przepisów dyetetycznych, kąpieli itd. jod. lecz z powodu przypadłości żołądkowych nie wewnętrznie, ale jako wasogen jodowy, do wcierań po 2 grm. n. d. Dnia 14/3 przedstawia się chora powtórnie, z podaniem, że plamka przed lewem okiem wprawdzie nieco wyjaśniała, ale wcierań dalej robić nie może, z powodu ogromnego swędzenia, wogóle silnych objawów zadrażnienia skóry. Badanie wykazuje ostry wyprysk, zwłaszcza na kończynach. W pr. = $^{6}/_{6}$ Mp. 3 D. Sn. 0.5 wziernikiem zaś stwierdzić można, że naciek usadowiony w naczyniówce i przyległych warstwach siatkówki zbladł, stał się z różowego więcej szarym, jakby zatartym. Chcąc nie chcąc musiałem przepisać jod wewnętrznie. Po 2 łyżkach jednak wystąpiły objawy żołądkowe z takiem nasileniem, że dalsze zażywanie stało się niepodobieństwem. Kiedy 16/4 po raz trzeci chorą badałem, można było stwierdzić w miejscu pierwotnego nacieku drobną, ledwie dostrzegalną, szarawą plamkę, której chora w polu widzenia zupełnie już nie odczuwała.

Przypadek ten zasługuje nietylko dlatego na szczególniejszą uwagę, że tu oprócz wasogenu jodowego, żadnych innych środków aptecznych nie stosowano, lecz także z powodu powstania wyprysku ostrego. Na oddziale wcierali chorzy nasi bardzo energicznie i bardzo dużo, nigdy jednak nie zauważyłem najlżejszego nawet śladu zadrażnienia skóry. Natomiast w praktyce prywatnej poleciłem tylko w dwóch przypadkach wasogen jodowy (drugi raz u pani M. A. 37 l. *Myopia excessiva, opacitates corp. vitr. oc. utr.*) i w obydwu wywołałem nim wyprysk ostry. Pokazuje się tedy, że zapewnień, jakoby wasogeny jodowe bezwarunkowo nie działały drażniąco na skórę, nie należy, o ile to dotyczy stosowania ich w praktyce prywatnej, brać zupełnie dosłownie, a w każdym razie trzeba zalecić troskliwe i częste zmywanie ciała mydłem.

Nie bez znaczenia będzie zapewne podnieść i tę zaletę wasogenów jodowych, że po dokładnem wtarciu, nie pozostawiają one na skórze żadnego zabarwienia. Pod tym względem zgadzają się moje doświadczenia zupełnie z wynikami innych autorów. Jeżeli atoli Leistikow i Monheim przytaczają to jako dowód, że wasogeny jodowe „nader szybko ulegają wessaniu“, to ja muszę zwrócić uwagę na moje tablice, a powtóre zaznaczyć, że silna i właściwa woń unosząca się w sali podczas wcierań zwłaszcza wasogenu jodoformowego zdawałaby się wskazywać, że nanależy tu liczyć się z innym jeszcze czynnikiem, a mianowicie z szybkiem ulatnianiem się wasogenów.

Samo przez się nasuwa się teraz pytanie, ile też właściwie jodu dostaje się przez wcieranie do ustroju wzgl. ile wydziela się z moczem? Usiłowałem zbadać to zagadnienie. Za daleko jednak musiałaby nas zaprowadzić chęć choćby tylko pobieżnego skreślenia licznych, niestety niepomyślnych prób ilościowego oznaczenia jodu w moczu po wcieraniach i wyliczenie przyczyn. Właściwem by to było tylko w zawodowem chemicznem piśmie. W przybliżeniu atoli (co dla naszych celów wystarczy) da się ta ilość obliczyć przez porównanie siły odczynu jodu w moczu po wcieraniach, z odczynem jaki daje 0,00077% roztwór jodu (0,001% roztwór jodku potasu). Pewną jest rzeczą, że odczyn po wasogenie jodoformowym jest silniejszym, po waso-

genie jodowym zaś, słabszym od niego. Gdybyśmy za ilość oddanego w ciągu doby moczu przyjęli 1000 Ccm., to wówczas ilość jodu wydalonego z moczem wynosiłaby po wtarciu 10 grm. 3% wasogenu jodoformowego więcej, niż 0,0077, po wtarciu zaś 5 grm. 6% wasogenu jodowego mniej, niż 0,0077. (Do spalenia używano w drugiej seryi stale 100 Ccm moczu).

Dla zaokrąglenia obrazu chciałbym jeszcze pokrótce wspomnieć o doświadczeniach, jakie poczyniłem ze stosowaniem wasogenów jodowych wprost do worka spojówkowego. Przekonawszy się poprzednio na ślepych oczach, że nie sprawię przez to żadnej poważniejszej szkody, zacząłem je stosować w wielu i różnorodnych przypadkach. Nie chciałbym nużyć wyliczaniem wszystkich; wystarczy, zdaje mi się, przytoczyć wyniki.

1) Natychmiast po wkropleniu występuje bardzo silne pieczenie, które utrzymuje się przez blisko $^1/_2$ godziny a czasem i dłużej, nadto zazwyczaj pojawia się silne zaczerwienienie, łzawienie i światłowstręt.

2) Po 24 godzinach nie można w przeważnej liczbie przypadków dostrzedz żadnego zadrażnienia. W niektórych jednak razach utrzymuje się ono jeszcze do dnia następnego, ba nawet w jednym przypadku (podostra jaglica z bardzo obfitą i uporczywą wydzieliną) trwały do następnego dnia tak znaczne bóle, że chory skrył się przed wizytą, aby tylko ujść powtórnego zakroplenia.

3) Wydzielina z reguły powiększa się po zakropleniu, niekiedy bardzo znacznie, tak że po kilku dniach (2—3) trzeba było koniecznie przerwać zakraplanie. Atoli w jednym przypadku zupełnego zniszczenia przedniego odcinka gałki po ranie postrzałowej, gdzie oko w każdym razie było stracone, a rana zanieczyszczona, o dnie strzępiastem i naciekłem ropą, postanowiłem wytrwać. W pierwszych 5 dniach wkraplania wasogenu jodoformowego wydzielina stale się zwiększała; od 6-go dnia zaczęła się zmniejszać, a 13-go prawie zupełnie ustąpiła. Przez ten czas oczyściła się powierzchnia rany i rozpoczęło się prawidłowe gojenie i zabliźnianie.

Jeśli zbierzemy krótko to, cośmy wyżej powiedzieli, przyjdziemy do następujących wniosków:

1) Zarówno wasogen jodoformowy, jak jodowy, ulegają wessaniu przez nienaruszoną skórę.

2) Wasogen jodoformowy przenika skórę łatwiej i w większych ilościach od wasogenu jodowego.

3) Aczkolwiek w ten sposób tylko bardzo małe ilości jodu mogą być wprowadzone do ustroju, to jednak ze względu na to, że długo w nim przebywają, a tylko bardzo powoli bywają wydalane, wydaje się stosowanie wcierań wasogenów jodowych teoretycznie usprawiedliwionem i zasługującem na prawo obywatelstwa w naszem lecznictwie.

4) Dotychczasowe doświadczenia, jakie poczyniono z wkraplaniem tych przetworów do worka spojówkowego, nie zachęcają do dalszych prób.

Całą chemiczną część niniejszej pracy wykonałem w chemicznej pracowni tutejszej kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego, któremu za łaskawe przyjęcie mnie do pracowni, jakoteż asystentowi klinicznemu Dr. Marischlerowi za koleżeńską pomoc, składam na tem miejscu szczere podziękowanie.

We Lwowie w lipcu 1898.

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Nephritis acuta vaccinosa.

Podał
Dr. Pilzer w Tarnowie.

Piśmiennictwo, odnoszące się do patologii szczepienia ospy, jest dość szczupłe prawdopodobnie z powodu rzadkości tak groźnych zaburzeń w przebiegu szczepienia, iżby zasługiwały na baczniejszą uwagę lekarzy. Spotyka się jednak wzmianki o objawach poważniejszych, nawet życiu zagrażających, które jedynie i wyłącznie przypisać należy szczepieniu; tutaj należy przypadek, który opisać zamierzam. Choroby, występujące w przebiegu szczepienia ospy, są zwykle natury łagodnej i rzadko sprowadzają zejście śmiertelne. Vogt obliczył, że w Niemczech zaszczepiono w czasie od roku 1885 do 1893 nie mniej jak 22 milionów dzieci, z których umarło wskutek powikłań po szczepieniu 88, czyli 4 na milion. Zważywszy jednak, że szczepienie ospy jest czynnością zapobiegawczą, której doniosłości nikt dziś nie może poważnie zaprzeczyć, należy cyfrę śmiertelności po szczepieniu, oraz jego powikłania, uważać za złe konieczne; przez dokładne zaś poznanie tych powikłań dążyć należy do dalszego obniżenia ich liczby.

Przejdźmy pokrótce wszystkie powikłania, które w przebiegu szczepienia występują: Na pierwszem miejscu wspomnieć należy o zołzach, krzywicy, gruźlicy płuc i kiłe, chorobach, które przed niedawnym jeszcze czasem, przez niektórych autorów wprowadzane w związek ze szczepieniem, służyły za broń przeciwnikom szczepienia. Ściślejsze badania wykazały jednak dowodnie, że mamy tu do czynienia nie ze skutkami szczepienia, lecz z takiemi chorobami, któreby i bez szczepienia wystąpiły. Przyznać jednak należy, że szczepienie samo, jako sprawa gorączkowa, może dać powód do wybuchu tych niejako uśpionych chorób. Do mniej ważnych następstw szczepienia należy rumień wielopostaciowy *(erythema exsudativum multiforme)*, opisany przez Martineau, Dumanta, Pelliera, Epsteina i in., trwający 6—8 dni i nie pozostawiający żadnych szkodliwych skutków. Do takich chorób o łagodnym przebiegu należy też wyprysk, liszaj, liszajec, łuszczyca, pokrzywka i pęcherzyca, choroby skórne, które wprost odnieść należy do samego zabiegu, które jednak, od czasu wprowadzenia krowianki, nie mają już cech spraw nagminnych. Na szczęście rzadkiem obecnie powikłaniem szczepienia jest róża. Nie dawniej, jak przed 30 laty, była róża szczepienna chorobą bardzo częsta. I tak zachorowało w latach 1854—1863 na różę w wiedeńskim domu podrzutków 192 dzieci, a w 164 przypadkach punktem wyjścia róży było miejsce szczepienia. Do częstych powikłań szczepienia należy natomiast wedle Bohna obrzęk i ropne zapalenie gruczołów chłonnych; autor ten oblicza częstość tej choroby na 5%. Jeszcze rzadsze są przypadki ropnicy i posocznicy. Jehn i Merzig spostrzegali kilka przypadków ogólnej żółtaczki, Lindeman — jeden przypadek zapalenia szpiku kostnego, a Perl i Müller — ostre zapalenie nerek, które wystąpiło w piątym dniu po szczepieniu. To ostatnie powikłanie spostrzegałem właśnie w swoim przypadku.

Dziecko 7 miesięczne, płci żeńskiej, dobrze zbudowane i odżywione, karmione piersią, ma dwa ząbki i nie okazuje żadnych śladów jakiejkolwiek choroby. Dnia 2 maja zaszczepiłem mu na ramieniu lewem krowiankę, sprowadzoną z zakładu Prof. Barańskiego, którą równocześnie szczepiłem kilkadziesiąt innych dzieci bez żadnego powikłania. Dnia 7 maja, t. j. w 5 dniu, podniosła się ciepłota ciała do 39·0, tętno do 130. Miejscowo dobrze się rozwijające chrosty bez znaczniejszego odczynu do około. Stan ogólny bez zmian. Dnia 8 maja ciepłota ciała 38·0, tętno 118. Dziecko blade, dolne powieki obu ócz oraz stopki obrzękłe. Znaczne pragnienie, zaparcie stolca. Moczenie wedle podania matki utrudnione, połączone z bólami. Moczu wówczas badać nie mogłem z powodu trudności otrzymania go, a gdy wypuszczeniu moczu cewnikiem oparła się rodzina dziecka, zaleciłem, obok pokarmu, bańki na krzyże, *chinin. tannic.* i wodę Bilińską wewnętrznie.

Dopiero 12 maja udało mi się schwycić do szklanki nieco moczu do badania. Był on mocno wysycony, mętny i zawierał znaczną ilość białka, a pod drobnowidem w osadzie wałeczki szkliste. Wobec tego rozpoznanie ostrego zapalenia nerek nie ulegało wątpliwości, a dalszy przebieg w zupełności je potwierdził. Pomimo leczenia i pomimo, że ślady szczepienia zupełnie prawidłowo się goiły, białko utrzymywało się do 10 czerwca, poczem dopiero białko i inne objawy zapalenia nerek poczęły ustępować.

Ponieważ dziecko to znajdowało się w jaknajlepszych stosunkach higienicznych i nie wykazano żadnej innej przyczyny zapalenia nerek, jak przeziębienie, zakażenie itp., przeto można powikłanie nerkowe uważać za powstałe niewątpliwie z powodu szczepienia. Tłomaczę sobie powstanie zapalenia nerek w ten sposób, że prawdopodobnie odrazu, wraz z krowianką, wszczepiano dziecku i pewne drobnoustroje, lub ich jady (mam tu na myśli drobnoustroje ropotwórcze), które wywołały zapalenie nerek. Za pomocniczy czynnik uważałbym w tym przypadku również i okres ząbkowania, w którym u dzieci bez wątpienia istnieje pewna mniejsza odporność na rozmaite choroby.

V. Wyciągi.

Löwit: **O zabójczych dla bakteryi substancyach, zawartych w ciałkach białych.** *(Ctblt. f. Bacter.*, 1898, XXIII, 24). Już dawniej powiodło się L. przez rozcieranie ciałek białych z proszkiem szklanym w wyjałowionym roztworze soli kuchennej oddzielić pewne substancye, opierające się działaniu gorąca, a zabójcze dla bakteryi. Ponieważ zarzucano Löwitowi, że działanie uzyskanych w ten sposób płynów polegało na ich zasadowości, powstałej wskutek rozpuszczenia się cząsteczek szkła, przeto obecnie zapomocą ponownych doświadczeń stwierdza L., że zasadowość ta nie jest przyczyną obumierania użytych do prób prątków tyfusowych, lecz, że w istocie działają tu jakieś istoty, wydzielone z komórek, a dające się strącić kwasem octowym i rozpuścić następnie w kw. solnym. Płyny, w których mało takich strątów powstaje, nie są dla bakteryi zabójcze. Otóż te w ten sposób strącające się substancye zdają się być pokrewne nukleinie i kwasowi nukleinowemu, są jednak czem innem, niż substancye zabójcze, wydzielone z krwi i ciałek białych przez Buchnera i Denysa. *Ciechanowski.*

Pilcz: **O pewnej prawidłowości w snach** *(Wien. klin. Rundschau*, 1898, 32). O ile zjawiska fizyczne, zachodzące w czasie snu, są dobrze znane i umiejętnie zbadane, o tyle psychiczna strona snów, marzeniami sennemi, zajmowano się bardzo mało, pozostawiając ją w całości czysto filozoficznym spekulacyom. A jednak, pomimo braku ścisłej, przedmiotowej metody badania, dałyby się niewątpliwie uzyskać dane nie do pogardzenia zapomocą badania samych siebie, które, zdaniem niektórych, jest w psychiatrycznych kołach niedoceniane.

Pilcz przeprowadzał badania na sobie samym, a następnie na szeregu zdrowych i chorych umysłowo. Oczywiście do badań tych nie nadawali się chorzy na ostre choroby umysłowe (pomięszanie ostre z omamami, szał opilczy i t. p.), ani też dotknięci otępieniem, bez względu na jego pochodzenie (porażenne, starcze i t. d.). Natomiast wyborne wyniki dało badanie chorych na pomięszanie ogólne (paranoïa), a wyniki te zasługują na uwagę ze względu na zgodność między sobą.

Swego czasu twierdził Nelson, że „wyrazistość“ marzeń sennych waha się okresowo, dochodząc mniej więcej co 4 tyg. najwyższego natężenia. Tego rodzaju okresowości P. stwierdzić nie zdołał; natomiast wykrył inny szczegół, dotyczący związku treści marzeń sennych z głębokością snu. Głębokość snu można badać różnymi sposobami, jak to pierwszy czynił Kohlschütter (1863), a w najnowszych czasach Michelson w pracowni Kraepelina (1897); można też ją do pewnego stopnia zmieniać środkami nasennymi, lub podniecającymi (herbata, kawa). Otóż przekonał się P., że w śnie najgłębszym marzeń nie ma wcale, lub też, że odnoszą się one wówczas do skojarzeń umysłowych, związanych z odległą przeszłością; przeciwnie w miarę, im sen jest lżejszy, wyłaniają się w świadomości sennej coraz świeższe gromady wrażeń. Zjawisko to stwierdzić można nawet w ciągu jednej nocy, odpowiednio do tego, że głębokość snu po zaśnięciu szybko wzrasta, a potem ku porankowi zwolna opada. Tłomaczyć by to można tem, że te komórki mózgowe, które na jawie najwięcej pracowały, popadają najłatwiej w wyczerpanie i stąd przewaga w pierwszym śnie pojęć, za dnia znajdujących się pod progiem świadomości. W miarę zaś, jak wyczerpane za dnia komórki po wypoczynku stają się znów zdolne do czynności, sen staje się lżejszy, a marzenia wkraczają coraz bliżej wyobrażeń, nabytych w czasach ostatnich. Prawidło to zdaje się istnieć i u przewlekle obłąkanych, którzy zresztą nie śnią nigdy o urojeniach i omamach, trapiących ich na jawie. *X.*

Prof. Rechter (Bruksela): **Przenikanie formaldehydu,** *(Annales de l'Institut Pasteur 1898, Nr. 7).* Większość badań, odnoszących się do własności odkażających formaldehydu, kończyła się dotychczas wnioskiem, że środek ten, doskonały do odwietrzania powierzchownego, nie przenika jednak w głąb odkażanych przedmiotów, że przeto zakres jego pożytków jest wcale ograniczony; posunięto się nawet do twierdzenia (Van Ermenghen, Tétrop), że nawet to powierzchowne działanie formaldehydu polega li tylko na powinowactwie chemicznem do odrażanych przedmiotów i że wnikanie jego w głąb tych przedmiotów nie dałoby się nawet pogodzić z prawami fizyki. W sprzeczności z temi twierdzeniami były tylko doświadczenia Trillata, który wykazał, że tkanki zwierzęce pochłaniają wszystek formaldehyd z powietrza, które go zawiera i że czerwono fuchsyną zabarwione walce żelatynowe przebarwiają pary formalinu na fioletowo aż do środka, co świadczy, że one tam istotnie się dostają. R. z góry już był przekonany, że pary formaldehydu nie mogą ulegać innym fizycznym prawom przenikania i pochłaniania, niż wszystkie gazy i pary. Umieszczając rozmaite substancye w naczyniach, wypełnionych gazami np. kwasem węglowym lub siarkowym, a opatrzonych manometrem, łatwo stwierdzić, jak szybko i doskonale gazy te bywają pochłaniane na mocy praw czysto fizycznych. Najdzielniej pochłaniały gazy: wełna i len, poczem następują: żelatyna, kauczuk, jedwab, bibuła, papier, drzewo, skóra, róg, łój. Gąbka i smoła działają wiele gorzej; wata odtłuszczona (złożona z samej prawie cellulozy), guma arabska, kalafonia, kreda nie pochłaniają wspomnianych gazów wcale. Powtarzając te doświadczenia z formaldehydem w stanie gazowym, stwierdził R. istotnie, że wszystkie substancye, które pochłaniają CO_2 i SO_2, i wszystkie tkanki zwierzęce pochłaniają go bardzo chciwie i obficie. Wprawdzie odgrywa tu niewątpliwie pewną rolę niekiedy łączenie się chemiczne formaldehydu z niektóremi substancyami białkowatemi, jednakże przeważne znaczenie ma sprawa fizyczna, bez czego nie możnaby zrozumieć pochłaniania formaldehydu przez substancye nieorganiczne. Na zasadzie tych danych przypuszczał R., że formaldehyd powinienby przeniknąć w głąb i odkazić całkowicie zwłoki ludzkie i zwierzęce, byleby poddać je działaniu formaldehydu dostatecznie długo w przestrzeni szczelnie zamkniętej. Przypuszczenia te sprawdziły się zupełnie. R. zbudował odpowiednią skrzynię, w której roztwór wodny 40% (kupny) formaliny paruje na jaknajwiększej powierzchni; zapomocą małego wiatraczka, poruszanego motorem, przyspiesza się i wzmacnia parowanie i rozdziela pary jednostajnie w całem wnętrzu skrzyni. (Dokładny opis przyrządu w „Presse médicale belge“ 1898, Nr. 15 i 16). W przyrządzie tym można zwłoki przechowywać bez końca; rozpoczynające się gnicie przerywa się, a jeżeli czas był dostatecznie długi, aby formaldehyd przeniknął tkanki na wskroś, wówczas zwłoki nawet po wyjęciu ze skrzyni, po-

zostawione na wolnem powietrzu nie psują się więcej; w suchej przestrzeni wysychają. Zwłoki kobiece np. pozostawione przez R. wśród par formaliny przez miesiąc, zachowały się w powietrzu potem niezmienione przez 4 miesiące (do chwili ogłoszenia pracy); przy sekcyi, wykonanej w 6 tygodni po śmierci, a w 2 tyg. po wyjęciu z przyrządu, znaleziono narządy wewnętrzne doskonale zachowane. Badania bakteryologiczne, podjęte na zwłokach zwierząt zakażonych wąglikiem, nosacizną i gruźlicą, wykazały, że zwłoki te mogą być w przyrządzie zupełnie wyjałowione. Prątki gruźlicze nie ginęły w głębszych częściach zwłok świnek morskich po 2 i 4 dniach, ale ginęły po 6 dniach pobytu w przyrządzie. Zarodniki wąglika traciły żywotność w głębi zwłok świnek już po 4 dniach.

Przyrząd R. zasługuje na uwagę nie tylko dlatego, że zastępując z korzyścią kosztowne przyrządy zamrażające i inne środki przechowywania trupów może oddać doskonałe usługi w prosektoryach (litr formaliny 40% ma wystarczać na jedne zwłoki), w których dzięki względnie prostej swej budowie zasługiwałby na rozpowszechnienie, ale przedewszystkiem dlatego, że wykazując ostatecznie przenikanie formalinu w głąb rozmaitych przedmiotów, rozszerza zastósowanie jego do odkażania rzeczy, ulegających łatwo zniszczeniu przy dotychczasowych sposobach odwietrzania.

Doc. Ciechanowski.

Dr. Basch: **Powstawanie sernika w gruczołach mlecznych**. (*Jahrb. f. Kinderheilk. XLVII. 13, Z. I*). Uwzględniając teorye Kemmericha co do tworzenia się sernika z krwi, jakoteż Voita i Fürstenburga, co do powstawania sernika li tylko z komórek gruczołów mlecznych, a opierając się na pracach Thierfedera, który wykazał, że sernik powstaje przez zaczyn wydzielany z gruczołów mlecznych, nie będący w ścisłym związku z komórkami gruczołowemi, lecz przechodzący do mleka, a będący w możności, po dodaniu surowicy krwi tegoż osobnika do mleka, wytworzyć ciało o cechach zbliżonych do sernika, opierając się dalej na pracy Lubavina, że sernik jest białkanem nukleinowym (nucleoalbumin), — przyszedł autor do przekonania, iż ów przypuszczalny zaczyn gruczołów mlecznych, któremu sernik zawdzięczać ma swe powstanie, jest tożsamy z kwasem nukleinowym gruczołów mlecznych. Działaniem kwasu nukleinowego na białkan i globulin surowicy krwi otrzymuje się białkan nukleinowy, zawierający odpowiadającą sernikowi ilość fosforu; działaniem kwasu nukleinowego na białkan surowicy otrzymuje się istotę, zawierającą nieco większą ilość fosforu, a odpowiednią parakazeinie. Komórki gruczołów mlecznych, a względnie ich jądra, zawierające kwas nukleinowy są w stanie swym zasobem fosforu zaopatrzyć sernik w odpowiednią ilość fosforu i tworzą ten nukleinowy składnik kazeiny, a swoją zdolnością łączenia się z białkanem i globulinem surowicy tworzą połączenia chemiczne, będące dalszymi składnikami sernika. Obraz wytwarzania się sernika jest nader łatwo zrozumiały wobec tak szybkiej przemiany pierwiastków komórkowych gruczołów mlecznych, jakoteż wobec nader licznego i obfitego unaczynienia gruczołów i przepływu krwi, potrzebnego do wydzielniczych czynności tegoż narządu.

Dr. Bolesław Komorowski.

Prof. Forel: **Sądowolekarska ocena pijaństwa nałogowego**. (*Wr med. Presse*, 1898, Nr. 30). Dwóch nałogowych pijaków, P. i Z., wielokrotnie za kradzież i gwałt publiczny poprzednio karanych, napadło dyrektora zakładu dla obłąkanych, usiłując wymusić wsparcie. Z. jest synem nałogowego pijaka i przebywał w dzieciństwie drgawki; P. od 18 roku życia, po upadku z wysokości, cierpi na padaczkę. W sprawie obu napastników wydawał orzeczenie Hinterstoisser. Stwierdzając, że obaj oskarżeni są obciążeni dziedzicznie i zwyrodniali moralnie, uznał ich H. za przestępców „niepoprawnych". Padaczkę P. przypisuje H. zatruciu wyskokowemu. Ponieważ jednak P. i Z. nigdy właściwie nie byli umysłowo chorzy, przeto nie wahał się Hinterstoisser orzec, że obaj są za swój czyn odpowiedzialni. W ten sposób odróżnia H. pijaków obłąkanych, nieodpowiedzialnych za swe czynności i pijaków nałogowych, zdrowych na umyśle, poczytnych i odpowiedzialnych sądownie.

Orzeczenie Hinterstoissera poddaje Forel ostrej krytyce. Obu oskarżonych, z których jeden (P.) znajduje się nawet pod kuratelą, nie można, zdaniem F., uznawać za nieodpowiedzialnych, jeśli się stanowczo stwierdza, że są niepoprawnymi przestępcami. Niepoprawnego przestępcę uważa Forel za nieuleczalnie umysłowo chorego, a zatem niepoczytnego i nieodpowiedzialnego. Społecznego zagadnienia, jakie się tu nasuwa, nie można rozwiązać zamykaniem przestępców w rodzaju P. i Z. na pewien czas w więzieniu, aby po wyjściu z niego byli dalej dla ludzkości szkodliwi. Nie można też takich przestępców oddawać do domu obłąkanych, do których właściwie się nie nadają, a gdzieby na koszt społeczeństwa bez troski żyli. Konieczną i piekącą potrzebą jest natomiast stworzyć dożywotnie zamykanie takich osobników w odpowiednich zakładach „dla niepoprawnych przestępców", gdzieby byli zmuszeni do pracy i nie mogli używać wyskoku. Ten środek jednakże nie wystarcza sam przez się, ponieważ zło społeczne leży głębiej i konieczną rzeczą jest zwalczanie alkoholizmu, podjęte na szeroką skalę.

W ocenianiu przestępstw nałogowych pijaków nie można posługiwać się jedną miarą. Niepoprawni przestępcy, oddani pijaństwu, w rodzaju P. i Z., wymagają innej oceny, niż nałogowi pijacy, których można uleczyć z nałogu w odpowiednich zakładach. Właściwe zdanie w tej sprawie wydaćby można dopiero na podstawie dokładnych badań w każdym przypadku, na podstawie obserwacyi w zamkniętym zakładzie, pozbawiwszy pijaka używania trunków.

Co do padaczki oskarżonego P. przypomina F. własne spostrzeżenie, w którem urazowa padaczka częściowa utrzymywała się wskutek alkoholizmu. Po odjęciu alkoholu nastąpiło trwałe wyleczenie.

C.

Juliusburger i Meyer: **O wpływie gorączki na komórki zwojowe**. (*Berl. klin. Woch.* 1898, 31). J. i M. badali komórki zwojowe rdzenia i mózgu u 9 zmarłych na rozmaite choroby gorączkowe (posocznica, zapalenie ropne tk. podskórnej, gruźlica, zapalenie płuc włóknikowe i t. p.) i stwierdzili w 8 przypadkach zupełnie prawidłowe obrazy drobnowidowe odnośnie do komórek kory mózgowej, a bardzo małe zmiany w komórkach rogów przednich rdzenia i to nie we wszystkich przypadkach. W jednym tylko przypadku istniały znaczne zmiany komórek korowych, i wyraźne lecz słabsze zmiany komórek rdzeniowych. Zmiany komórek korowych polegały na ich zaokrągleniu, jakby obrzmieniu, zniknięciu wypustek, znikaniu ziarn protoplastycznych, począwszy od środka — ku obwodowi, zmianie postaci, odśrodkowem ułożeniu a wreszcie znikaniu jąder komórkowych. Jąderka nie były zmienione.

Jak wiadomo, ogłosili Goldscheider i Flatau, na podstawie badań, dokonanych na królikach, ogrzewanych w cieplarce, oraz w jednym przypadku płonicy i w jednym tężca, przebiegającego z gorączką, tudzież na zasadzie badań Dejerina w jednym przypadku zapalenia płuc, że pod wpływem gorączki ulegają komórki zwojowe charakterystycznym zmianom, mianowicie zaokrągleniu, znikaniu ziarenek Nissla, przyczem jądro pozostaje w środku komórki i t. d. — Otóż J. i M. zaprzeczają zapatrywaniu Goldscheidera i Flataua, że zmiany te są swoistym skutkiem gorączki; nietylko bowiem zauważyli oni zmiany komórek tylko w jednym przypadku na dziesięć, lecz zmiany te były nieco inne, niż zmiany, opisane przez Goldsch. i Fl. i nadto nie dotyczyły komórek rogów przednich, lecz głównie komórek korowych. Co więcej, takie same zmiany znaleźli J. i M. w przypadku szaleństwa bez gorączki przebiegającego.

Wnoszą więc ostatecznie z tego, J. i M., że zmian w budowie komórek nerwowych nie można uważać za różnice jakościowe, lecz tylko za ilościowe i że niema wogóle swoistych zmian w układzie nerwowym pod wpływem go-

rączki, jak wogóle rozmaitym obrazom klinicznym nie odpowiadają żadne swoiste zmiany anatomiczne w budowie komórek ustroju. *X.*

Prof. Sawczenko: **O ostrym gośćcu stawowym i bakteryi Achalmea.** (*Russkij archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny i bakteriołogii.* 1898. V. Z. 5). W 5 przypadkach ostrego gośćca stawowego wykrył S. odrębny rodzaj bakteryj bezpowietrznych (anaërob), najzupełniej podobnych do tych, które Achalme wykazał we krwi chorych na gościec. W jednym przypadku bakterya ta pomięszaną była z paciorkowcami, zresztą znajdowała się w ustroju chorych w czystej hodowli. Tylko u jednego ozdrowieńca nie udało się S. wyhodować żadnych drobnoustrojów z krwi. Bakterye Achalmea rosną najlepiej na bulionie lekko ocukrzonym ($^1/_2$% laktozy), który się naprzód mięsza z 10 cm. sześć. fizyologicznego roztworu soli kuchennej, a potem z kwasem mlekowym aż do słabego odczynu kwaśnego; potem dodaje się, w chwili, gdy ma się zakładać hodowle, mleka wyjałowionego przy 120° C. ($^1/_4$ na $^3/_4$ bulionu); wreszcie do 10 cm. sześć. tej mięszaniny dodaje się 1 cm. sześć. badanej krwi i rozdziela to do dwóch probówek, odcinając dostęp powietrza. Osady rozwijają się już po dobie. — Bakterya Achalmea wydziela szereg substancyj, posiadających własność ujemnej *chemotaxis* i wywołujących martwicę tkanin; tym to właśnie substancyom zawdzięcza bakterya Achalmea swoje własności chorobotwórcze. Śródbłonki, pokrywające otrzewnę, zdają się zobojętniać do pewnego stopnia działanie tych substancyj; tak przynajmniej wnosi S. z tej okoliczności, że podskórna dawka zabójcza jest mniejszą od dawki zabójczej śródotrzewnowej, i że zwierzęta, które uodporniono przeciw zabójczym dawkom, zadanym do otrzewnej, giną po najmniejszej zabójczej dawce, zadanej podskórnie. Wstrzykując jadowitą hodowlę do żył, można króliki uodpornić także przeciw zakażeniu przez szczepienie podskórne. Salicylan sodowy opaźnia rozrost hodowli na sztucznych pożywkach, a u królików, zaszczepionych miernemi ilościami bakteryj Achalmea, skraca i łagodzi przebieg zakażenia. *Doc. Ciechanowski.*

Tauber: **Przyczynek do znajomości tężca ludzkiego.** (*Wiener klin. Woch.* 1898, 31). Przypadek tężca, spostrzegany przez T., zakończony, mimo stósowania antitoksyny Behringa, po 6 dniach śmiercią, przedstawia kilka ciekawych szczegółów. W ostatnim dniu choroby stężenie mięśni zupełnie ustąpiło; mimo to parcie krwi pozostało bardzo wysokie, z czego wnosi T., że nie zależy ono w tężcu od oporu dla krążenia wskutek skurczu mięśni, lecz od podrażnienia ośrodków naczynioruchowych. Podobnież sądzi T., że podwyższenie ciepłoty ciała nie zależy od wzmożonego wytwarzania ciepła w silnie i ciągle skurczonych mięśniach, jak to za Leydenem najczęściej się utrzymuje; mianowicie w swoim przypadku spostrzegał T. w czasie ogólnego tężca ciepłotę 37·3, która dopiero w chwili ustępowania stężenia podniosła się 38·3, a doszła do 42·1° C. w chwili, gdy wszystkie mięśnie oddawna zwolniały. Przeciw przypuszczeniu Leydena przemawiały zresztą już doświadczenia Tizzoniego i Cattaniego, którzy stwierdzili u świnek morskich spadek ciepłoty, równoległy z rozwojem objawów tężca. Zaszczepienie świnek morskich cząstką strupka z otarcia na nodze, które było wrotami dla zakażenia, dało w przypadku T. wynik dodatni; natomiast szczepienie krwi, zarówno wziętej za życia, jak i wydobytej ze zwłok, nie wywołało tężca u zwierząt: stoi to w sprzeczności z zapatrywaniem, że prątek tężcowy na miejscu pierwotnego zakażenia wkrótce ginie. Dalej powiodło się Tauberowi wywołać tężec u zwierząt przez zaszczepienie cząstek tkanki mózgowej i rdzenia, co potwierdza powszechnie przyjęte zdanie, iż jad tężca wiąże się szczególnie ściśle z tkanką nerwową; z drugiej jednak strony należałoby przypuścić, że jad tężcowy wiąże się także z komórkami innych narządów, ponieważ tensam wynik dały szczepienia cząstek wątroby; dotychczas przypuszczenie to niewielu miało zwolenników. Badania drobnowidowe rdzenia, na którem w najświeższych czasach oparto cały szereg teoryi, dotyczących patologij komórki nerwowej, wykonywano prawie wyłącznie, odnośnie do tężca, na zakażonych zwierzętach; a tylko w 4 przypadkach tężca ludzkiego. W swoim (piątym z kolei) przypadku stwierdził T., bardzo rozmaite zmiany komórek nerwowych; jedynem zjawiskiem stałem, a zgodnem z dawniejszemi badaniami, jest według T. „obrzęk“ jąderek w komórkach nerwowych. *X.*

Ciklinskaja: **O drobnoustrojach, żyjących w wysokiej ciepłocie.** (*Ruskij Archiw patołogii, kliniczeskoj mediciny i bakteriołogii.* 1898. V. Zesz. 6). Do niedawna sądzono, że drobnoustroje mogą się rozwijać tylko w umiarkowanej ciepłocie, to jest między 0 a 45° C. Dopiero w ostatnich głównie czasach wykryto cały szereg mikrobów, żyjących w wyższych ciepłotach (55—65° C.), a ginących poza tą granicą. Dotychczas jednak sądzono, że zdolność życia w wyższych ciepłotach posiadają tylko bakterye w ściślejszem słowa znaczeniu. Pierwszy Kędzior opisał w roku zeszłym „Cladothrix termophila“, żyjącą między 35 a 65° C. Autorka zdołała zaś obecnie wyhodować dwa rodzaje grzybków, należących do gromady grzybków promieniczych (actinomyces), rosnących przy 48—68° C. Oba te rodzaje nie rozwijają się wprawdzie w ciepłocie ciała, jednak nawet po miesiącu nie tracą w niej jeszcze swej żywotności. Zarodniki ich znoszą dobrze przez 20 minut ciepłotę 100°— i są bardzo odporne na środki przeciwgnilne, gdyż nie giną w 50% kwasie karbolowym nawet po dobie. Oprócz tego wykryła autorka rodzaj „Mucorinae“, rosnących w 48—65° C., co stanowi rzecz w każdym razie wyjątkową, gdyż wszystkie pokrewne rodzaje, oprócz kilku chorobotwórczych, żyjących przy 37° C., rozwijają się najlepiej przy 20° C. Czy i jakie znaczenie posiadać mogą te nowe dane dla patologii, przyszłość dopiero okaże, skoro lepiej będą zbadane właściwości życiowe odkrytych drobnoustrojów i warunki, wśród których właściwości te wytworzyć się mogą. *Doc. Ciechanowski.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Caseojodinum, biały proszek, zawiera 8—9% jodu podobnie jak jodothyrina, a rozpuszcza się tylko w rozcieńczonym gorącym alkoholu i w rozcieńczonych zasadach. Kocher poleca go do leczenia wola.

Sole gromady ceru (Cerium nitricum, Didymium nitricum, Lanthanium nitr.) posiadają własności odkażające.

Chininum phospho-muriaticum $C_{20}H_{24}N_2O_2$. HCl. $2PO_4H_3 + 3H_2O$. Kryształki bezbarwne, w 2 częściach wody rozpuszczalne, zawierają około 50% alkaloidu. Jodkiewicz poleca ten przetwór przeciw uporczywym postaciom zimnicy i nerwowym bólom głowy. Dawki winny być większe niż np. Chin. sulf., gdyż zawartość alkaloidu w tym przetworze jest blisko 25% mniejszą.

Chinopyrinum składa się z 3 części chininy i 2 części antipiryny; rozpuszcza się w 2 częściach wody. Używana do injekcyi podskórnych, nie nadaje się do podawania wewnętrznego [1]).

Chinosolum, środek o słabych przeciwgnilnych własnościach, stósowany jednak z dobrym skutkiem w roztworze 1:1000—1:8000 do przestrzykiwań pochwy; pomięszany z kwasem borowym (1:5—10) w zastępstwie jodoformu, z maścią borową (1:20) w chorobach ocznych; Muller podawał go wewnętrznie (0·5—1·0 pro die) w trądzie, a Cipriani stosując równocześnie wstrzykiwania (1:200), z chinosolu i podając go wewnętrznie, miał otrzymywać niezłe wyniki w leczeniu gruźlicy płuc i kości.

Chrysarobinum oxydatum, środek polecany przez Unnę w chorobach skóry, w których używanie zwykłej, silniej dzia-

---

[1]) Patrz »Przegląd lekarski“ Nr. 29, praca Dra K. Lewkowicza.

łającej, chrysarobiny jest przeciwwskazanem, jak: wyprysk twarzy, części płciowych i t. d.

Zapisuje się:

Rp.: *Chrysarobini oxydati 2.5—5.0*
Vaselini
Lanolini aa 25 00
M. f. unguentum
Ds.: *zewnętrznie.*

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W klinice Prof. Barduzzi'ego (Sienna) leczą świerzb w następujący sposób: kąpiel pół-godzinna z natarciem mydłem szarem, obsuszenie, świeża bielizna, a po przejściu do drugiej sali dokładne nasmarowanie maścią: Ung. Helmerich 1000,0 (Sulf. citrini 10,0 Kali subcarbon. 1,0 Axung. 40,0) Ol. terebinth. 200,0; tak natarty chory leży w łóżku przez 6 godzin, poczem wchodzi na pół godziny do kąpieli cieplej z 300,0 kali carbonicum, po której pudruje się całą skórę. Rzeczy tymczasem oddają do odkażenia. (Rif. med. 1898. 26, 27). F. K.

Strisower z Odessy używa w odrze maści ichtyolowej w stosunku 1:3, smarując nią rano i wieczór całą powierzchnię skóry; twierdzi on, że po takiem leczeniu, zastósowanem w początkach choroby (tylko zaczerwienienie gardła), wysypka nie występuje, a ciepłota szybko spada. Po 4—5 dniach następuje wyleczenie. F. K.

Levy używa, próbując na sobie samym, w łupieżu pstrym (pityriasis versicolor) lysolu w ten sposób, że zwilża nim przez 3 dni rano miejsca chorobą zajęte, a w następnych dniach zmywa je ½—1% rozczynem lysolu; w 8 dniach leczenie ukończone. F. K.

Unna podaje osłonę przeciwko promieniom Röntgena, zamiast zwykle używanych płyt metalowych, w postaci kleiny cynkowej, do której dodaje 10% cynobru, a którą nakłada w kilku warstwach. F. K.

Silberstein w Hamburgu (Ther. Monatsh. Nr. 7) podawał chorym kiłowym pigułki w następującej postaci:

Ung. Lanolin. Hydrarg. ciner. 4.5
Pulv. rad. Liquirit. 5,0
Mucil. gumm. arab. q. s. ut f. pill. Nr. 60.
S.: *2 razy dnia po 2 pigułki.*

Jeżeli przestrzegano zwykle zalecanych przy podawaniu rtęci przepisów higienicznych i dyetetycznych, to nigdy nie występowały objawy zatrucia, a wpływ na zmiany kiłowe był prawie taki sam, jak przy wcieraniach. Anuschat, twórca powyższych pigułek, zalecał przy tem leczeniu pożywną dyetę obok małej ilości napojów wyskokowych i po podaniu 30 pig. przerywał leczenie na 1—2 tygodni, poczem na nowo zalecał 30 pig. Jedynym objawem podrażnienia były czasami wolniejsze stolce, występujące tylko rzadko i przemijająco. F. K.

W świądzie odbytu (pruritus ani), wywołanym żylakami, wstrzykiwał Boeck po 30,0—60,0 następującego płynu:

Extr. fluid. hamamel. virgin. 30,0
Extr. fluid. secal. corn.
Extr. fluid. hydrast. canad.
Tct. Benzoës aa 60,0
Ol. Olivar. carbol. (5%) 30,
S.: *Przed użyciem wstrząsnąć.*

F. K.

Leistikow zaleca w świądzie moszen (pruritus scroti) przemywania:

Sublimat. corr. 0,05
Spir. vini rect.
Aqu. Chamomill. aa. 25,0
Chloroform. gtt. V.
Aqu. laurocer. ad 100,0
S.: *Zewnętrznie.*

F. K.

Korn opisuje nader dobre wyniki w półpaścu i świerzbiączce po używaniu orthoformu w postaci 10% maści lub pudru z mączką i łojkiem. (Die ärztl. Praxis Nr. 13). F. K.

Fournier (Journ. d. mal. cut. et syph. 1898. 3) zwraca uwagę na dogodność użycia somatozy w kile, szczególnie w tych przypadkach, w których podawanie pokarmów stałych jest utrudnione skutkiem zmian w jamie ustnej lub gdy objawy żołądkowe po podawaniu rtęci doprowadziły do braku łaknienia. Wtedy najlepiej podawać somatozę 4 razy dnia po łyżeczce w mleku lub bulionie. F. K.

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W czerwcu.

VIII.

Ze zbliżeniem się letnich upałów słabnie powoli ruch naukowy paryski, a chociaż wskutek obfitości towarzystw i czasopism lekarskich nie ustaje on nigdy w zupełności, to jednak już teraz znać początek wakacyi. W istocie, chociaż kurs uniwersytecki kończy się urzędownie dopiero z początkiem sierpnia, to jednak już przy schyłku czerwca zamyka się znaczna część wykładów, a równolegle z tem i rozprawy w towarzystwach zwolna leniwieją. Pospieszam więc uzupełnić poprzednie moje listy treściwem sprawozdaniem z tego, czem się tu w maju i czerwcu zajmowano.

W rozprawach nad zapobieganiem gruźlicy, które zajęły kilka posiedzeń Akademii lekarskiej, a w znacznej części obracały się około zapobiegania gruźlicy w wojsku francuskiem, uczestniczyli oprócz referenta Granchera, Gibert, Laveran, Colin, Kelsch, Vallin i w. i. Ostateczne wnioski streszczają się w dość skromnych ramach powszechnie utartych przepisów: zalecić rodzinom gruźliczym używanie spluwaczek z rozczynem kw. karbolowego, lub jak chcieli inni, sublimatu, czyszczenie posadzek wilgotną tkaniną dla uniknięcia pyłu, przegotowywanie mleka, wczesne i staranne leczenie; w szpitalach powinny istnieć odrębne oddziały dla gruźliczych, zanim nie powstaną osobne zakłady (sanatoria), a w tych oddziałach należy często i dokładnie przeprowadzać odwietrzenie ścian, podłóg i sprzętów; w hodowli bydła rozpowszechniać rozpoznawcze szczepienie tuberkuliny; mięso zwierząt zakażonych ma być niszczone jednak tylko w przypadkach gruźlicy ogólnej. Laveran słusznie podniósł, że podane przez Akademię przepisy dobre są dla rodzin zamożnych; ubogim pozostają jako ochrona tylko zakłady, do którychby swych chorych oddawać mogli, które zatem czemprędzej tworzyćby należało. Podnoszono również wpływ korzystny, jakiby na ogół ludności wywrzeć powinno rozgłoszenie treści obrad Akademii i wydanie odpowiednich broszurek. Ważniejszem, ale chyba niełatwem do wykonania było żądanie Giberta, aby wszystkie mieszkania suchotników z urzędu były odwietrzane, a pościel i łóżka zmarłych palone.

Z innych spraw, które zajęły resztę posiedzeń Akademii lekarskiej, wymienić należy wykład Mendelsona (z Petersburga) o znaczeniu rozpoznawczem odruchów w cierpieniach części szyjnej rdzenia. Powszechnie przyjęto do niedawna, że zmiany w tej okolicy nietylko nie znoszą odruchów, lecz je wzmagają. Dopiero w ostatnich czasach spostrzeżono, że niekiedy dzieje się przeciwnie. M. przekonał się zapomocą licznych doświadczeń, że drogi nerwowe dla odruchów prawidłowych, występujących po minimalnem podrażnieniu, przechodzą bez wyjątku przez górny odcinek części szyjnej rdzenia, z czego wynika, że zmiany w tej okolicy powinnyby właśnie wywołać zniesienie odruchów w całym niżej leżącym odcinku rdzenia. Na tej podstawie opiera M. wniosek, że zniesienie odruchów ścięgnistych w niższych częściach ciała nie wskazuje koniecznie na zmianę w niższej części rdzenia; przeciwnie, byłby to, zdaniem M. objaw dowodzący poprzecznego zajęcia rdzenia w tzw. „regio bulbocervico-spinalis“.

Dieulafoy opisał przypadek wrzodu żołądka, który sądząc z pomyślnych skutków leczenia swoistego, był, zdaniem mowcy, przyrody kiłowej. Zmiany kiłowe żołądka mają być według D. wogóle częstsze, niż się dotychczas przypuszcza; a skoro wrzód żołądka tej przyrody nie różni się w objawach niczem od zwykłego wrzodu okrągłego, należałoby według D., w każdym przypadku wrzodu u osobnika, który przebył kiłę, próbować leczenia swoistego.

Mongour (z Bordeaux) sądzi na podstawie badań bakteryologicznych, że przypadki błonicowatego zapalenia

jamy ust należą do rozmaitych postaci chorobowych i nie stanowią jednolitej jednostki patologicznej, ponieważ tylko w pewnej części polegają na prawdziwej błonicy. Przeciw tym twierdzeniom wystąpił silnie Rendu, który z pracy M. zdawał Akademii sprawę, a krytykując ją teoretycznie, podniósł niebezpieczeństwo zakażenia, gdyby zapatrywania M. znaleść miały praktyczne zastósowanie w szpitalach, w których dotąd przypadki błonicowatego zapalenia ust starannie od innych chorych się oddziela.

W Akademii umiejętności („Académie des sciences“) starali się Sabrazès i Brengues udowodnić jeżeli już nie tożsamość, to przynajmniej nader bliskie pokrewieństwo grzybków strupienia woszczynowego i figówki. Badaczom tym powiodło się mianowicie u ludzi i u myszy zapomocą „trichophyton“ pochodzącego z przypadku figówki na brodzie, wywołać strupień („favus“), którego przyczyny upatrywano dotąd wyłącznie w swoistem „achorion“. Pokrewieństwo obu pasorzytów uwidocznia się zresztą, zdaniem S. i B., już w ich cechach postaciowych.

Cyon zdawał sprawę z badań swoich nad czynnościami przysadki mózgowej (hypophysis cerebri). Zauważył on, że już lekki ucisk na przysadkę zwalnia uderzenia serca, równocześnie je wzmacniając, i wpływa na parcie krwi. Ten sam skutek wywierają najsłabsze nawet bodźce elektryczne. Oprócz tego wydzielać ma przysadka pewną swoistą substancyę, hypophysinę, działającą w podobny sposób.

Arloing zauważył, że w zatruciu jadem błoniczym jest surowica przeciwbłonicza skuteczniejszą, gdy się ją wprowadza wprost do krwi, niż gdy się ją wstrzyknie do otrzewnej, najmniej zaś skuteczną po wstrzyknięciu podskórnem. Z tych doświadczeń wnosi A., że używając surowic leczniczych, należałoby więcej zwracać uwagi na sposób, w jaki się je wciela do ustroju. Na pierwszem czerwcowem posiedzeniu zawiadomił zaś Arloing o dalszych wynikach badań swych nad aglutynacyą prątków gruźliczych pod działaniem surowicy krwi; nabywa ona tej własności nietylko u zwierząt, które zniosły pewną ilość wstrzykiwań tuberkuliny lub jadowitych prątków gruźliczych, lecz również, chociaż w stopniu nieco słabszym, po wstrzykiwaniach eukalyptolu, gwajakolu i kreozotu. Żaden zresztą z tych środków nie posiada sam własności aglutynacyjnych.

Z innych wykładów w Akademii umiejętności zasługują jeszcze na wzmiankę badania Variota i Chicotota, którzy zalecają radiografię, jako wyborny środek oznaczenia rozmiarów serca. Niezadowoleni wynikami opukiwania i fonendoskopii uciekli się oni do X = promieni i utrzymują, że sprawdzając wyniki swych pomiarów na trupach, znaleźli różnicę kilku zaledwo milimetrów między bezpośredniem mierzeniem, a obrazem radiograficznym.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Memoryał w sprawie zapobiegania rozszerzaniu się gruźlicy, a w szczególności za pośrednictwem mleka i mięsa zwierząt gruźliczych.

(Odczytany na posiedzeniu komisyi przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. krak w d. 13. VI. 1898).

Opracował

Prof. Dr. O. Bujwid.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

W Austryi dotąd próby z tuberkuliną robione były w bardzo nieznacznych rozmiarach. Z referatu Rudovskyego dowiadujemy się, że przeprowadzili te szczepienia Gerstenberger w Villach (7 sztuk), Schwammel w Zwetl (10 sztuk), Münzer w Plan (146 sztuk), Hauptman w Kamenitz; Obratschai na Szlązku znalazł, że ze 173 sprowadzanych z zagranicy Siementhelerów 50% dało odczyn, 20% było podejrzanych; Wieninger w Scharding (14 sztuk). Wszędzie gruźlica pokazała się w dużej odsetce. Na Morawach, na wniosek Tow. Rolniczego, Minist. Roln. udzieliło subwencyi 500 złr. i 1000 tuberkuliny. Zgłosiło się do próby 720 właścicieli z 5684 sztukami bydła. Szczepienia jednak mogły być przeprowadzone tylko u 855 sztuk, należących do 72 właścicieli. Już przedtem jednak w r. 1896 na koszt właścicieli szczepiono 663 sztuk i w 1897 również na koszt właścicieli 796 sztuk, tak iż razem zaszczepiono 2314 sztuk. Z nich pokazało się 922 = 39,8%, gruźliczych, 102 = 4,4% podejrzanych.

W Galicyi pierwsze próby wykonałem z własnej inicyatywy w majątku p. Wiktora pod Rzeszowem. Wypróbowałem tam zapomocą tuberkuliny bydło holenderskie z 2 obór w ilości 154 sztuk i znalazłem 70% gruźlicy. Pokazała się przytem chora sztuka najpiękniejsza z całej obory, nagrodzona medalem na Wystawie Lwowskiej. Doświadczenia te omówiłem wyżej. W 1½ potem szczepiliśmy oborę tę poraz drugi i pokazało się, że po oddzieleniu sztuk chorych

Wyniki szczepienia bydła tuberkuliną w oborach galicyjskich.

Zestawił Dr. Batko.

Numer obory	Szczepiono bydła wogóle			Bydło czerwone polskie			Bydło ras zagranicznych				Bydło mięszane			Odsetek	
		reagowało (sztuk)	podejrzane (sztuk)		reagowało (sztuk)	podejrzane (sztuk)			reagowało (sztuk)	podejrzane (sztuk)		reagowało (sztuk)	podejrzane (sztuk)	bydła dotkniętego gruźlicą	bydła o gruźlicę podejrzanego
1	154	107	—	17	1	—	137	oldenburgi	106	—	—	—	—	70·0	—
2	58	30	6	—	—	—	—		—	—	58	30	6	51·7	10·3
3	30	19	—	—	—	—	—		—	—	30	19	—	63·3	—
4	162	123	16	—	—	—	162	holendry	123	16	—	—	—	75·9	9·8
5	93	52	18	—	—	—	93	holendry	52	18	—	—	—	55·1	19·3
6	7	—	1	7	—	1	—		—	—	—	—	—	—	14·2
7	46	30	—	21	7	—	25	oldenburgi	23	—	—	—	—	65·2	—
8	41	4	—	29	4	—	—		—	—	12	—	—	9·7	—
9	49	33	—	—	—	—	—		—	—	49	33	—	67·5	—
10	107	20	14	65	10	11	42	bernery	10	3	—	—	—	18·6	15·8
11	63	6	—	63	6	—	—		—	—	—	—	—	9·5	—
12	27	17	—	—	—	—	—		—	—	27	17	—	63·0	—
13	70	40	4	—	—	—	70	oldenburgi czyste i mięsz.	40	4	—	—	—	57·1	5·7
14	58	14	1	—	—	—	—		—	—	58	14	1	24·1	1·7
15	42	7	—	31	5	—	—		—	—	11	2	—	16·6	2·3
16	77	55	5	—	—	—	77	holendry	55	5	—	—	—	71·4	5·1
Razem	1084	567	65	233	33	12	606		409	46	245	115	7	52·3	5·9

Z ogólnej liczby szczepionego bydła czerwonego (krajowego), oceniając z reakcyi gorączkowej, było gruźlicą dotkniętych 14·2%.

„ „ „ „ niekrajowego (bez względu na rasę) . . . . „ „ „ 60·3%.

i wykarmieniu sztuk młodych gruźlica znacznie się zmniejszyła. Obecnie obora ta jest stale zapomocą tuberkuliny przez samego właściciela kontrolowaną. Każda nowa sztuka, która do niej wchodzi, bywa próbowana tuberkuliną. Wobec prób, które wykonałem, i wyników, otrzymanych w innych krajach, Sejm przyznał w 1897 roku 500 złr. na prowadzenie prób z tuberkuliną. W ten sposób, ogółem od roku 1895 do obecnej chwili, zaszczepiłem, przy pomocy moich asystentów i pomocników z pośród młodych lekarzy i medyków[1]) 1010 sztuk bydła w 16 majątkach. Powyżej załączam tablicę szczepień i ilość bydła oraz % gruźlicy. Przeciętnie odsetka gruźlicy wynosi 57,14% z bydła ras obcych i 14,16% z pośród bydła krajowego.

Jak widać z przytoczonych cyfr i dat statystycznych, gruźlica jest prawie wszędzie jednakowo wśród bydła rozpowszechnioną i czas już wielki, ażeby jakieś środki przedsięwziąć dla zwalczenia złego. Inne kraje już do obecnej chwili w tej sprawie nas wyprzedziły. Nie możemy pozostać w tyle, gdyż inaczej odbije się to niekorzystnie nie tylko na naszej zdrowotności, ale nawet, na co bardzo usilnie zwracam uwagę, i na naszem gospodarstwie rolnem. Wobec środków przedsięwziętych do zwalczania gruźlicy w innych krajach, gdy gruźlica tam zostanie zmniejszoną, bydło nasze może zupełnie stracić wartość na rynkach zagranicznych i hodowcy bardzo wiele stracą materyalnie a z nimi i dobrobyt całej ludności rolniczej bardzo dobitnie tę sprawę odczuje.

Należy więc zacząć póki czas. W tym celu Rząd powinien ująć sprawę w ręce i dążyć do wypracowania szeregu ustaw przeciw gruźlicy. Ustawy te w obszerniejszym zakresie uwzględnić powinny wszystkie braki, jakie dotąd dają się odczuwać z powodu niezaliczenia gruźlicy do chorób zakaźnych, tak u ludzi, jako też i u zwierząt.

Wspomnę tutaj tylko o odsobnianiu chorych po szpitalach w odrębnych oddziałach, o obowiązkowem odkażaniu mieszkań i bielizny osób gruźliczych, o ułatwieniu budowania sanatoryów. Na razie powinna być wypracowaną ustawa w sprawie dostarczania mięsa i mleka, wolnego od gruźlicy, ażeby przynajmniej tą drogą powstrzymać szerzenie się zarazy. W celu opracowania takich ustaw proponowałbym utworzenie stałej komisyi, złożonej z fachowych znawców, któraby się sprawą tą zajęła. Ponieważ jednak sprawa tego rodzaju wymaga dużo czasu i przygotowań, należałoby tymczasowo w drodze rozporządzeń, ułatwić właścicielom obór korzystanie z bezpłatnych rozpoznawczych szczepień tuberkuliną i wyznaczyć pewną sumę z funduszów państwowych lub krajowych na pokrycie kosztów szczepienia bydła u właścicieli, którzy się o to zgłoszą. Oczywiście Rząd musiałby sposób prowadzenia sprawy ujednostajnić, ku czemu posłużyć może specyalnie w tym celu opracowane pouczenie.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 8 Września.

* Dr. Emanuel Machek mianowany został profesorem zwyczajnym okulistyki w Uniw. lwowskim.

— Wyzysk lekarzy przez Kasy chorych, wzrastający ciągle nietylko u nas, ale i w Niemczech, poczyna budzić tu i owdzie opór ze strony wyzyskiwanego i krzywdzonego stanu lekarskiego. Dotychczas kończyło się wszędzie prawie na pięknych słówkach, tak jak to zresztą podobno i u nas się dzieje. Tem godniejszą uwagi jest zmowa lekarzy w niemieckiem mieście Barmen, zdaje się pierwsza wogóle, a stanowczo poraz pierwszy przeprowadzona wytrwale i, co ważniejsze, uwieńczona powodzeniem. Zarząd Kasy tamtejszej spoczywa od niedawna w ręku socyalnych demokratów, którzy wszędzie, przynajmniej w Niemczech, starają się w Kasach „robić oszczędności“, aby dowieść, jak źle poprzednio, za kapitalistycznych rządów, w Kasach gospodarowano. Ofiarą tej polityki padają w pierwszym rzędzie lekarze. Kasa chorych w Barmen, liczącem 130.000 mieszkańców i około 60 lekarzy, o tyle właściwiej urządzoną jest od naszych, że trzyma się tak zw. wolnego wyboru lekarzy i wypłaca wynagrodzenie roczne w stosunku do liczby członków Kasy, leczonych przez tego lub owego z 40 lekarzy, świadczących jej swe usługi. Zarząd Kasy zaczął szykanować lekarzy kontrolą zapisywanych recept, twierdząc, że szafuje się zawielu i za drogiemi lekarstwami; wymagał dalej, aby lekarze zmuszali chorych do zwrotu pudełek i flaszek z lekarstw aptekom, aby starali się o znaczniejszy opust ceny leków dla Kasy, co więcej, pozwalał sobie ostro strofować lekarzy i grozić zerwaniem kontraktu, jeśli który receptami swojemi przekraczał średnią kwotę kosztów aptecznych, obliczoną według widzimisię zarządu Kasy rocznie na jednego jej członka. W końcu zachciało się zarządowi zrobić z lekarzy bezpłatnych urzędników kasowych i zmusić ich, aby pieniądze, potrzebne na lekarstwo, osobiście, z wręczonego im zapasu, chorym przy poradzie wypłacali. Tego było w końcu za dużo; niesłychane to żądanie odrzucono jednomyślnie, na co Kasa odpowiedziała bezzwłocznem zerwaniem umowy ze wszystkimi lekarzami. Krok ten był nieprawny, to też lekarze oświadczyli, że ustąpić mogą ze swoich posad dopiero po upływie zastrzeżonego umową wypowiedzenia. Sprawę na razie niby załagodzono, lekarze nie dali jednak za wygraną i równocześnie, we właściwym czasie, wypowiedzieli swe umowy. Zarząd Kasy starał się sprowadzić lekarzy zamiejscowych i przekupić niektórych miejscowych, dokazał jednak tylko tyle, że zamiast 40, musiał ograniczyć się do 7 lekarzy, z tego 3 sprowadzonych. Oczywiście teraz czynności Kasy szły jak najgorzej; chorzy, nie mogąc doczekać się porady od przeciążonych pracą zdrajców sprawy zawodowej, podnieśli przeciw Kasie rodzaj buntu, który ostatecznie wywołał wdanie się właściwej władzy; pod naciskiem władzy i członków Kasy musiał zarząd ustąpić, a lekarze zyskali wszystko, czego żądali, to jest znaczne przedłużenie zawieranych umów i czasu wypowiedzenia, podwyższenie płacy o 10%, i usunięcie mięszania się zarządu w nieswoje sprawy.

— Izba lekarska morawska postanowiła dla uczczenia jubileuszu cesarza Franciszka Józefa utworzyć fundusz zapomogowy dla lekarzy, noszący jego nazwisko. Za staraniem Dra v. Kusyego, szefa sekcyi sanitarnej w ministerstwie spraw wewnętrznych, do tworzącego się funduszu przelano majątek rozwiązanego berneńskiego „Kronprinz-Rudolf-Stephania-Unterstützungs-Institut“, wynoszący prawie 4000 złr. wal. austr.

— W Cieplicach Trenczyńskich daje dyrekcya zdrojowa we Wrześniu za 3 złr. dziennie od osoby mieszkanie z utrzymaniem i kąpielami, zarówno ciepłemi, jak i zimnemi (w nowych łazienkach, na ten cel zbudowanych).

* Rosyjski departament rozkazał wpuszczać bez opłaty cła wszelkie surowice, wyrabiane w Instytucie paryskim Pasteura, o ile flakoniki z surowicą opatrzone będą oryginalnem zakorkowaniem i opakowaniem.

Mianowania i odznaczenia Przewodniczący galicyjskiej Rady zdrowia, prof. Dr. Adam Czyżewicz, otrzymał order żelaznej korony III-ciej klasy, a zastępca przewodniczącego, Dr. Wiktor Opolski, mianowany został radcą rządowym z uwolnieniem od taksy. Dr. Józef Zakrzewski, lekarz prakt. w Aleppo, otrzymał austryacki tytuł radcy cesarskiego. Do szpitali morskich przyznaczeni zostali lekarze okrętów liniowych: Kazimierz Mieroszewski, Alfons Wittembski i Antoni Lisowiecki. Profesorem higieny w Utrechcie mianowany został Dr. Eijkman. Doc. Dr. Rille mianowany został prof. nadzwyczajnym chorób skórnych i kiłowych w Insbruku.

Nekrologia. Z Bombayu donoszą, że Dr. Elżbieta Phillips umarła z dżumy, padając ofiarą poświęcenia. Berliński profesor, Dr. Nasse, spadł z Pontresiny w przepaść i zginął na miejscu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 16): Dra Kucharzewskiego H.: Czy uraz może wywołać ostre zapalenie nerek? Dra Sędziaka J.: Z kazuistyki laryngo-rynologicznej. W *Medycynie* (Nr. 36): Dra Strzemińskiego J.: Przypadek przymiotu oczu dziedzicznego w drugiem pokoleniu. Dra Olszewskiego H.: Dwa przypadki cięcia cesarskiego zachowawczego z powodu guzów miednicy małej (dok.). W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 36): Dra Pechkranca St.: Przyczynek do etyologii kaszlu. Dra Zaleskiego K.: Kilka słów o zapaleniu płuc włóknikowem. Dra Nenckiego L.: Czy sacharyna jest szkodliwą dla naszego zdrowia? W *Krytyce lekarskiej* (Nr. 9): Lekarz, jako biegły przed sądem karnym. Z pamiętników prof. Szokalskiego. Dra Sterlinga W. Z fizyologii i patologii muzyki (dok.). Dra Giedroycia: Jaskółcze ziele (chelidonium), notatka historyczna.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Do dzisiejszego Nru dołącza się dla prenumeratorów w Austryi zamieszkałych dodatek: **Spółki wyrobu patentowanego proszku roślinnego „Humus“.**

[1]) Asystenci: Dr. Kaczyński, Bier i Batko. Lekarze: Dr. Mańkowski, Kostanecki, kand. med. Bernaciński.

Rok XXXVII. Kraków 17. Września 1898. Nr. 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych.

Wykład habilitacyjny

Dra J. Wiczkowskiego,

przełożonego pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

O ile wierne rokowanie jest należytą miarą naszych sił leczniczych, o tyle zarówno jest ono dowodem ścisłego i wiernego rozpoznania. Chcąc przeto mówić o rokowaniu w zapalnych chorobach nerkowych, należy się oprzeć na rozpoznaniu, należy zebrać i roztrząsnąć wszelkie choćby najdrobniejsze szczegóły rozpoznawcze, które mogą rzucić światło na przyszłe losy chorego. Lekarz więc przezorny nie zadowolni się samem rozpoznaniem, opartem choćby na tak ścisłej podstawie, jaką jest analiza moczu, którą zresztą winno się poddać krytycznej ocenie z uwzględnieniem wszelkich danych; jemu nadto zależeć musi i na innych szczegółach, a mianowicie, jaka jest przyczyna choroby, jaka postać i okres zapalenia, jaki jest stan ogólny chorego. Dopiero świadomość tych ważnych czynników, wraz z analizą moczu, może być podstawą dla ścisłego rozpoznania, wiernego rokowania, a w następstwie przeprowadzenia odpowiedniego leczenia.

Przedewszystkiem zależeć nam będzie na oznaczeniu, jaka jest postać zapalenia, ostra czy przewlekła, miąższowa czy śródmiąższowa, skrobiowata czy ropna. Dotychczasowe usiłowania, co do podziału chorób nerkowych, nie doprowadziły do jednomyślności. Podział anatomiczny nie da się ściśle przeprowadzić, gdyż w wielkiej liczbie przypadków chorobowych różnorodne zmiany anatomiczne mogą obok siebie istnieć i wzajem w siebie przechodzić. Nie da się przeprowadzić podział etyologiczny, gdyż najpierw w wielu razach nie znamy właściwej przyczyny choroby, nadto jedna i ta sama przyczyna w różnych warunkach może różnie co do natężenia zadziałać. Na teraz więc nie pozostaje nam nic innego, jak podzielić i uklasyfikować zapalenia nerek ze stanowiska klinicznego, zawsze jednak z uwzględnieniem choćby tylko grubszych zmian anatomicznych. Podział ten z małemi odmianami powszechnie przyjęto, a szczególnie za Traubem oddzielono nerkę zastoinową i zwyrodnienie skrobiowate, jako nie należące do spraw zapalnych i odznaczające się właściwym przebiegiem klinicznym, a wszelkie nieropne postacie zapaleń nerkowych ujęto w następujące gromady: 1) ostre zapalenie miąższowe nerek (nephritis parenchymatosa acuta); 2) przewlekłe miąższowe zapalenie (nephritis parenchymatosa chronica, — pod względem anatomicznym: „wielka biała lub czerwona nerka“), które może przejść w marskość nerek; 3) przewlekłe śródmiąższowe zapalenie (nephritis interstitialis chronica). Dalej idą ropne zapalenia, wreszcie gruźlica i nowotwory nerek, które częstokroć przyjdzie nam uwzględnić przy rozpoznaniu różniczkowem i rokowaniu. Podział powyższy, choć nie bardzo ścisły, jak wogóle podziały w systematyce chorób, ułatwi przecież zoryentowanie się w danym przypadku, gdyż za podziałem idzie ujęcie czynników przyczynowych w pewną gromadę, uklasyfikowanie objawów chorobowych.

I tak, w ogólnych grubych zarysach rokowanie dostosowuje się już nawet do powyższego podziału, a mianowicie w ostrych zapaleniach nerek rokowanie bywa względnie dobre, mniej i mniej często pomyślne w postaci miąższowej przewlekłej, a względnie często najgorsze w postaci śródmiąższowej. I teraz, w ciągu mojego wykładu, wyrażać się będę ostrożnie z rokowaniem, gdyż we wszelkich zapaleniach nerkowych, czy to ostrych czy przewlekłych, mocznica i śmierć mogą nastąpić w każdym czasie, ale też i w każdym czasie może nastąpić całkowite lub względne, czynnościowe wyleczenie.

Z pewnem jednak prawdopodobieństwem można wiernie rokować, jeżeli w każdym poszczególnym przypadku liczyć się będziemy z wieloma choćby drobnymi czynnikami, naturalnie ważne czynniki będą nam służyły za drogoskazy. Na czynniki te składają się: 1) momenta etyologiczne; 2) dokładnie, ściśle i często przeprowadzony rozbiór moczu; 3) stan ogólny chorego, a w szczególności stan układu naczyniowego i serca.

Rozpatrując się w czynnikach etyologicznych, zobaczymy, jak często pewne postacie zapalenia nerek są wywołane przez pewne przyczyny. I tak, w przebiegu chorób zakaźnych, gorączkowych, najczęściej występują ostre zapalenia nerek.

Grypa, błonica, płonica, zakaźne zapalenie gardła, dalej dur brzuszny i plamisty, zapalenie płuc, posocznica, ropnica, oto choroby, do których się przyłącza ostre zapalenie miąższowe nerek, gdy swoiste pasorzyty lub ich wytwory przemiany materyi zaatakują nerki. Naturalnie, gdy liczyć się będziemy z tem powikłaniem i wśród przebiegu tych chorób będziemy śledzić czujnem okiem zachowanie się nerek, to nawet w razie wybuchu choroby nerkowej będziemy częstokroć w stanie zapanować nad nią, a tem samem rokowanie wypadnie jak najpomyślniej. Nie rzadko się w praktyce lekarskiej wydarza, że przypadkowo odbywa się zapalenie nerek; a gdy śledząc za przyczyną, natrafimy na jedną z wyżej wymienionych chorób gorączkowych zakaźnych, jako na czynnik etyologiczny, tem śmielej będziemy dobrze rokować w tych razach, im bliżej przyczyny, im prędzej do naszej wiadomości dojdzie skutek tej przyczyny. Obok chorób zakaźnych spotykamy w etyologii ostrych zapaleń nerek także silne przeziębienia, zwłaszcza przemoczenie nóg, otrucia, np. kantarydami, olejkiem terpentynowym, kwasem pyrogaluso-

wym, karbolem, naftolem itp.; dalej samozatrucia ustroju kwasami żółciowymi, acetonem; pewne choroby skórne (wyprysk, pęcherzyca), które z jednej strony wywołują rozkład ciałek krwi czerwonych, a tem samem hemoglobinuryę, a z drugiej ostre zapalenie nerek. Pomijam tu ostre zapalenie nerek, występujące w przebiegu cholery, bo to powikłanie schodzi na drugi plan wobec samej groźnej i gwałtownej choroby.

Na szczególniejszą wzmiankę zasługują objawy ze strony nerek wśród ciąży. Wiedzieć należy, że ciąża sama przez się, jako taka, może niekiedy wywołać zapalenie nerek; lecz trzeba równocześnie pamiętać, że wśród ciąży mogą się zaostrzyć objawy choroby nerkowej już przed ciążą istniejącej, a ukrytej, że może, co się najczęściej wydarza, wystąpić zastoina nerkowa. Jak i o ile dadzą się odróżnić te poszczególne rodzaje cierpień nerkowych, o tem pomówimy później. Ostre więc zapalenie nerek, wywołane przez powyżej wymienione przyczyny, zwykle przebiega szczęśliwie po dłuższym lub krótszym czasie. W tych bowiem przypadkach ulega schorzeniu głównie miąższ nerkowy, komórki przybłonkowe zdolne w wysokim stopniu do regeneracyi. Lecz wydarzyć się może, że następuje tak znaczny rozpad komórek przybłonkowych, iż kanaliki moczowe zatykają się, następuje utrudnienie w wydzielaniu moczu, a nawet zatrzymanie i że to prowadzi do mocznicy, szczególnie przy intoksykacyi, gdzie nadto wchodzi w grę obrażenie serca i krążenia zarówno wskutek zakażenia chorobowego, jakoteż wskutek zatrucia moczem.

Gdy mowa jest o chorobach zakaźnych gorączkowych, wspomnieć należy o białkomoczu, z powodu samej gorączki tak zwanym białkomoczu gorączkowym. W tym razie białko znajduje się najczęściej tylko w małych ilościach, w osadzie brak zupełny składników morfotycznych, lub jest ich niewiele; czasem tu i owdzie okazują się wałeczki szkliste. Co jednak najważniejsza, iż białkomocz znika wraz z ustaniem lub obniżeniem się gorączki. Niewątpliwie ten gorączkowy białkomocz może przejść w miąższowe zapalenie nerek, gdy podrażnienie nerek wzmoże się, lub zbyt długo przeciąga się. Jeżeli z pewną względną łatwością zdołamy wyszukać przyczyny, wywołujące ostre zapalenie nerek i tem samem pewne podstawy do względnie dobrego rokowania, to nieraz o wiele trudniej dojść do źródła przewlekłego zapalenia miąższowego i zapalenia śródmiąższowego.

Dziś często ostre zapalenie nerek przechodzi w przewlekłe, czy to niespostrzeżone, a więc zaniedbane, czy też, gdy mimo wczesnego odkrycia i mimo najstaranniejszego leczenia, przybiera charakter zapalenia przewlekłego. Jednak i w tych razach, gdy się rzeczywiście uda dość rychło wykazać jako czynnik etyologiczny jedną z powyż wymienionych przyczyn, a wywołujących ostre zapalenie, rokowanie bywa względnie dość pomyślne, chorzy, niekiedy dopiero po długim czasie, pozbywają się przecież swego cierpienia. O wiele gorzej każą rokować przewlekłe zapalenia miąższowe nerek, gdy przyczyną ich jest gruźlica, kiła, lub zimnica, choroby o charakterze wybitnie przewlekłym, najczęściej nieuleczalnym, przeto i zapalenie nerek nie może dać dobrego rokowania, a zwłaszcza, że właśnie w tych przypadkach do spraw zapalnych tak chętnie przyłącza się zwyrodnienie tak zwane skrobiowate. Przy bliższem roztrząsaniu sprawy chorobowej pamiętać winniśmy, że w tych chorobach zwyrodnienie skrobiowate może się samo przez się rozwinąć, bez poprzedzającego zapalenia, a powtóre, że sprawa gruźlicza lub kiłowa może się umieścić w nerkach podobnie jak w innych narządach, że więc w danym razie mamy przed sobą gruźlicę, kiłę nerek, a nie zapalenie nerek na tle kiłowym lub gruźliczym. Choroby serca mogą również wywołać następowo chroniczne zapalenie nerek, zarówno miąższowe jak i śródmiąższowe, ale w tych razach przedewszystkiem trzeba wykluczyć sprawę zastoinową w nerkach, która wraz z wystąpieniem niedomogi sercowej stale i szybko się rozwija. Nie tylko jednak następowo mogą się rozwinąć zmiany w nerkach w przebiegu wad sercowych. Zmiany w nerkach mogą być także skutkiem tych samych przyczyn, które atakują zarówno układ naczyniowy i serce, jako też nerki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Leczenie wodogłowia zapomocą sączkowania (drenowania) śródczaszkowego.

Podał

Dr. H. Schramm,

Docent chirurgii Uniwersytetu Lwowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Drugą drogę, to jest połączenie komórki bocznej z przestworami łącznotkankowymi, obrał, o ile mi wiadomo, pierwszy Mikulicz[11]), wprowadzając jeden koniec sączka z wełny szklanej do komórki, drugi jego koniec pod oponę twardą, poczem rana skórna została zamkniętą; dziecko to, według sprawozdania Henlego, żyje przeszło 2 lata po zabiegu, mówi trochę, chodzić nie może; wodogłowie utrzymuje się w małym stopniu, lecz się nie powiększa.

W drugim przypadku utworzył Mikulicz połączenie między komórką mózgową a luźną tkanką łączną pod powięzią ścięgnistą czaszki w ten sposób, iż wprowadził do komórki złotą rurkę, drugi jej koniec, opatrzony płytką, zostawił pod powięzią ściągnistą, ranę zaś skórną zeszył. Obwód głowy od tego czasu się nie powiększał, lecz po 25 dniach nastąpiło ropienie w szwach, które zmusiło do wyjęcia sączka. Wkrótce, bo już po 12 dniach, obwód głowy zaczął się znowu powiększać, dlatego wykonano ten sam zabieg po drugiej, t. j. lewej, stronie. W 6 dni jednak nastąpiła śmierć, a oględziny pośmiertne wykazały, jako przyczynę szybko wzmagającego się wodogłowia, kilka ropni w mózgu, powstałych jako przerzuty po pierwotnem ropnem zapaleniu okostnej uda.

Podobny zabieg jak w pierwszym przypadku Mikulicza, zdaje się bez wiedzy o nim, wykonali Sutherland i Watson-Cheyne[12]), opierając się na doświadczeniach L. Hilla nad wessaniem płynów z przestworów podoponowych. Pierwszy przypadek dotyczył 6-miesięcznego dziecka z wrodzoną kiłą i wrodzonem wodogłowiem Gdy 3-miesięczne leczenie wewnętrznymi środkami nie przyniosło żadnej ulgi, a objętość głowy stale i szybko się zwiększała, wykonano sączkowanie śródczaszkowe zapomocą sączka z katgutu. — W ciągu 3 miesięcy główka dziecka szybko się zmniejszyła, rozparte kości czaszki zbliżyły się ściśle do siebie, ciemiączko się zmniejszyło, było zapadnięte i tętniło. Po 3 miesiącach wystąpiły objawy gruźliczego zapalenia opon mózgowych, któremu dziecko uległo. Przy sekcyi znaleziono znaczną ilość płynu pod oponą twardą, komórki mózgowe nie rozszerzone, mózg miejscami torbielowato zwyrodniały. —

W drugim przypadku, operowanym przed 3 tygodniami, nastąpiło również stałe i szybkie zmniejszenie się obwodu czaszki.

Te stosunkowo pomyślne wyniki zachęciły mnie do próbowania tego sposobu w przypadku wodogłowia, jaki mi się nadarzył w szpitalu św. Zofii we Lwowie. Tyczył on się dziecka $1\frac{1}{2}$-rocznego, u którego wnet po urodzeniu zauważono nadmierne powiększanie się głowy. W dniu przyjęcia dziecka do szpitala obwód główki wynosił $50\frac{1}{2}$ centym. (wobec 64 centym. całej długości ciała). Kości czaszki bardzo cienkie i miękie, porozdzielane przestworami błoniastymi, ciemię wielkie, duże, mocno napięte, nie tętniące; dziecko bardzo niespokojne. W dniu $^6/_5$ b. r. wykonałem operacyę podług sposobu, opisanego przez Watson-Cheyne, mianowicie, po dokładnem oczyszczeniu i jak najstaranniejszem odkażeniu skóry na głowie, poprowadziłem, naprzeciw dolnego lewego kąta ciemienia wielkiego, cięcie, długie na jeden i pół centym. przez skórę i przez oponę twardą; między tę błonę a opony miękkie wsunąłem kawałek grubego katgutu, długi na 3 centym., drugi jego koniec wbiłem do komórki bocznej, przyczem mogłem się przekonać, że warstwa mózgu była zaledwie $1\frac{1}{2}$ do 2 milim. gruba. Natychmiast wzdłuż nitki wypłynęło trochę cieczy mózgowordzeniowej; otwór w oponie twardej zamknąłem dwoma szwami z cienkiego jedwabiu, a następnie zespoiłem dokładnie ranę skórną i całą główkę pokryłem grubą warstwą opatrunku aseptycznego. Przebieg w moim przypadku nie był idealny o tyle, że, prawdopodobnie wskutek nie zupełnie dokładnego zespojenia opony twardej, wypłynęło trochę cieczy mózgowordzeniowej pod skórę, a stąd wzdłuż szwów na zewnątrz do opatrunku. Trwało to jednak niedługo, gdyż już na 4 dzień opatrunek nowo założony był zupełnie suchy. Powikłanie to nie pociągnęło też za sobą złych skutków, a wynik operacyi był o tyle pomyślny, że w ciągu 3 tygodni, w czasie których dziecko pozostawało w szpitalu, otwór główki zmniejszył się o $2\frac{1}{2}$ centym. i dziecko, przedtem niespokojne i ciągle płaczące, uspokoiło się, oczy przybrały wyraz żywszy i inteligentniejszy. Niestety, matka bez mej wiedzy zabrała dziecko ze szpitala do domu i o dalszym jego losie nie mogłem nic się dowiedzieć.

Cztery przytoczone przypadki śródczaszkowego sączkowania (drugiego przypadku Mikulicza nie wliczam, gdyż, ściśle biorąc, ciecz z komórki prowadzona była sączkiem po za anatomiczne granice czaszki) przemawiają, jak sądzę, bardzo dobitnie na korzyść tej operacyi w porównaniu z innymi zabiegami chirurgicznymi, wykonywanymi w celu leczenia wodogłowia przewlekłego. Doświadczenia te bowiem przekonały, że zabieg sam nie zagraża bezpośrednio życiu dziecka; owszem wszystkie operowane dzieci zniosły dobrze operacyę, wnosić więc można, że pod tym względem zabieg ten stoi, jeżeli nie wyżej, to przynajmniej na równi z zwykłem nakłóciem. Pozostawienie ciała obcego tak małego, jakiem jest sączek, czy to z wełny szklanej, czy z katgutu, nie pociąga za sobą złych skutków; najlepszym tego dowodem, że dziecko, operowane przez Mikulicza, żyło przeszło dwa lata po zabiegu operacyjnym i nie przedstawiało żadnych objawów, któreby można odnieść do obecności ciała obcego w jamie czaszkowej; tembardziej można się spodziewać, że nie wywoła ich także obecność katgutu dobrze wyjałowionego. Pozostaje więc tylko pytanie, czy cel, przez operacyę zamierzony, t. j. utworzenie połączenia między komórką mózgową a przestrzenią podoponową, będzie dostatecznie trwały, czy też może po pewnym czasie utworzone połączenie zamknie się, bądź to przez obrośnięcie szczelne sączka szklanego, bądź przez zarośnięcie otworu po wessaniu katgutu. Dotychczasowe doświadczenia nie usprawiedliwiają, jak mi się zdaje, podobnych obaw, bo przecie u dziecka, operowanego przez Mikulicza, mimo, że od operacyi do czasu zdania o niem sprawy przez Henlego, upłynęło przeszło 2 lata, obwód głowy się nie powiększa, jako dowód, że albo założony sączek jeszcze działa, lub że sprawa chorobowa, wywołująca nadmierne gromadzenie się płynu w komórkach, ustąpiła. W pierwszym przypadku Watson-Cheyne, przy sekcyi dziecka, zmarłego w 3 miesiące po operacyi, znaleziono znaczną ilość cieczy mózgowordzeniowej pod oponą twardą, a komórki nierozszerzone. W drugim przypadku Watson-Cheyne i w moim, jeszcze po upływie 3 tygodni, działanie założonego sączka było doskonałe, jak tego dowodzi stałe i szybkie zmniejszenie się wodogłowia.

W przypadku moim nie użyłem sączka z wełny szklanej, lecz z katgutu, ponieważ materyał ten wydał się odpowiedniejszy, a to z powodu kruchości nitek szklanych, utrudniającej gładkie wprowadzenie sączka do komórki przez warstwę tkanki mózgowej, jakoteż z obawy, aby sączek taki przy ewentualnym dalszym rozwoju dziecka nie wywołał przecie zaburzeń w czynności mózgu. Natomiast użyłem katgutu formalinowego, który przez 24 godzin leżał w 1% roztworze kwasu chromowego, przez następne 12 godzin w czystym wyskoku, a bezpośrednio przed użyciem wypłókany został w fizyologicznym roztworze soli. Według doświadczenia, do wessania takiego katgutu w tkankach potrzeba kilkanaście tygodni. Czy czas ten wystarczy do usunięcia stanu chorobowego, wywołującego wodogłowie, lub czy może sprowadzi wrośnięcie wyściółki komórek (ependyma) do utworzonego otworu wzdłuż sączka, i wywoła stałą niejako przetokę komórkową, o tem mogą pouczyć tylko dalsze spostrzeżenia. Jak wspomniałem, dotychczasowe doświadczenia każą się tego spodziewać.

Wynik czynnościowy (funkcyonalny) zależeć naturalnie musi od przypadku, w jakim zabieg ten wykonujemy. Nie ulega jednak wątpliwości, że powinno się go wykonywać jak najwcześniej, gdyż tylko w takim razie możemy mieć nadzieję, że np. w wrodzonem wodogłowiu, po usunięciu nadmiernej ilości płynu, mózg będzie się mógł dalej rozwijać, a w wodogłowiu nabytem rozciągnięta i uciśnięta warstwa półkul mózgowych może odzyskać swe czynności i dalej się rozwijać, oczywiście tylko w takim razie, jeżeli ucisk nie wywołał zaniku, który się już nie da naprawić.

[1]) Nuijens. Traitement chirurgical de l'hydrocephalie. Ann. et bull. de la soc. de med. d'Anvers 1894. Mai. ref. Cent. für clin. 1894, Nr. 42.

[2]) Quincke. Die Lumbalpunktion bei Hydrocephalus. Berl. klin. Wochenschr. 1891. Nr. 38. 39.

[3]) Picqué et Fevrier. Anatomie pathologique et traitement de l'hydrocephalie. Revue de chir. 1894. Nr. 11.

[4]) Raczyński. W sprawie leczenia wodogłowia zapomocą nakłócia. Przegląd lekarski, 1894, Nr. 33, 34.

[5]) Ch. Andry. Hydrocephalie chronique apparue après la guerison spontanée d'une spina bifida etc. Progrès med. 1892. 9.

[6]) Bilhaut. W dyskusyi nad wykładem Picqué: Congrès francais de chir. Revue de chir. 1894, Nr. 11.

[7]) K. Zaleski. Przyczynek do leczenia chronicznego wodogłowia zapomocą nakłócia. Gazeta lekarska, 1894, Nr. 50.

[8]) Trzebicky. Referat. Centr. für 1895, str. 486.

[9]) Heinecke. Die chir. krankheiten des Kopfes. Deutsch. Chir. XXXI, str. 212.

[10]) A. Bruce. Ou draining the fourth ventricle for acquired Hydrocephalus. The Lancet, 1898, January 29, str. 304.

[11]) Henle. Beitrag zur Pathologie u. Therapie des Hydrocephalus Mitteil. aus den Grenzgeb. der Med. und Chir. I, 2.

[12]) G. A. Sutherland und Watson-Cheyne. Case of chronic. Hydrocephalus treated by intacranial drainage. Lancet, 1898, March. 19, str. 791..

III. Z oddziału I. chorób wewnętrznych szpitala Powszechnego we Lwowie (Prym. Dr. O. Widmann).

O sposobach i klinicznej doniosłości wykrycia barwika żółci w moczu.

Podał

Dr. W. Arnold,

sekundaryusz szpitala.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

Postępowanie to zalecić można nietylko dlatego, że upraszcza sposób Hupperta, ale przedewszystkiem zalecić je można w tych przypadkach, w których chodzi o wykazanie bardzo małych ilości bilirubiny. Są to przedewszystkiem te przypadki, w których brak wyraźnej żółtaczki, lub białkówki, nie okazują zgoła żadnego żółtaczkowego zabarwienia, a osad, otrzymany przy zastosowaniu sposobu Hupperta, nieoznaczone tylko i niepewne posiada zabarwienie; w przypadkach podobnych i próba Hupperta, podjęta w zwyczajny sposób, daje wynik ujemny; tymczasem, wobec najmniejszej nawet ilości bilirubiny w osadzie, postępowanie co dopiero opisane, daje wynik dodatni. Postępowanie to, mogące służyć do wykrycia śladów lub bardzo małych ilości bilirubiny w moczu, oddaje mi właśnie pod tym względem od dłuższego już czasu w pracowni znaczne usługi.

Przy tem postępowaniu strąca się rozczynem barytowym bilirubinę, jako nierozpuszczalne połączenie z barem (posiadające kolor jasno-żółty). Przez zlewanie stężonym kwasem solnym połączenie to rozkłada się, na sączku zaś pozostaje czysta, wydzielona z połączenia bilirubina (przyczyna zmiany koloru). Ta okoliczność, jakoteż i pozostały w wilgotnym jeszcze osadzie kwas solny, jest przyczyną tak wyrazistego i pięknego wystąpienia odczynu Gmelina przy następującem teraz dotknięciu się osadu laseczką szklaną, zanurzoną w lekko żółtawym kwasie azotowym. Oczywiście odczyn Gmelina wystąpi tem wyraźniej i piękniej, im więcej bilirubiny jest w osadzie barytowym; jednak nawet wobec śladów bilirubiny występują pierścienie barwne o tyle wyraźnie, iż jako takie rozpoznane być mogą. Zważać jednak należy na to, że środek pierścieni zawsze ma okazywać kolor różowy (od choleteliny), a z pierścieni barwnych przynajmniej niebieski ma być wyraźnym. (W obecności samej tylko urobiliny, zabarwiającej osad czasem wcale silnie, może też po zastosowaniu opisanego postępowania powstać szaro-sinawa obwódka, ale środek nie będzie różowy, tylko zupełnie bezbarwny). (Sączek dzielę na dwie połowy, aby uwydatnić bezpośrednio kontrast występującej zmiany kolorów).

Zaletą więc tego sposobu jest prócz jego czułości i ta okoliczność, iż obecność innych barwików na wynik nie wpływa, a jeszcze i to, że wykazuje on bilirubinę zapomocą odczynu Gmelina, najbardziej dla niej znamiennego.

Nad kliniczną wartością czułej próby na barwiki żółciowe w moczu, która pozwoliłaby wykryć nawet najmniejszą jej ilość, rozwodzić się nie potrzebuję. Jak wiadomo — w razie zamknięcia przewodów żółciowych — okazuje się bilirubina najpierw w moczu, zanim jeszcze zabarwi białkówki i skórę, jeżeli w ogóle ilość jej nie jest za małą, lub wydzielanie jej tak przemijające, że nie powstaje nawet zabarwienie tkanek. Wartość więc sposobu, któryby wykazywał bilirubinę nawet w nieobecności znamiennego zabarwienia białkówek i skóry, nie podlega żadnej wątpliwości. Wskażę tylko na trudności rozpoznawcze w rozróżnieniu kolki, w następstwie kamicy żółciowej, od nerwowych bólów żołądka (*gastralgii*). Wszak nie zawsze po napadzie kolki żółciowej pojawia się wyraźna żółtaczka; mimo to jednak niekiedy zdołamy wykryć bilirubinę w moczu. Przynajmniej w 2-ch przypadkach, w których ani białkówki ani skóra nie były żółtaczkowo zabarwione, powiodło mi się wykazać wyraźny ślad bilirubiny w moczu i w ten sposób upewnić rozpoznanie. Również w przypadku złośliwego nowotworu żołądka (*Carcinoma pylori*) mogłem przez wykrycie bardzo małej ilości bilirubiny w moczu, mimo braku żółtaczkowego zabarwienia skóry lub białkówek, wskazać na prawdopodobieństwo już dokonanego wytworzenia się przerzutów rakowych.

Bilirubina, wykryta w moczu choćby w najmniejszej ilości, wskazuje zresztą zawsze na wątrobę, jako na *locus affectus*. Twierdzenia tego nie obala okoliczność, iż niekiedy można zauważyć żółtaczkę w następstwie niedostatecznie wyrównanych wad zastawkowych, lub w przebiegu niektórych chorób zakaźnych (w pierwszym rzędzie ropnicy i włóknikowego zapalenia płuc); gdyż żółtaczka, pojawiająca się w przebiegu pewnych chorób zakaźnych, tłómaczy się prawdopodobnie uciśnięciem najdrobniejszych przewodów żółciowych międzykomórkowych, sprawionem przez toksyczny lub zakaźny obrzęk komórek wątrobowych, („Trübe Schwellung"), a może też i zwiększoną gęstością samej żółci; co do żółtaczki zaś w przebiegu niewyrównanych wad zastawkowych, to nie ulega wątpliwości, że każdy chory sercowy jest zarazem chorym na wątrobę, więc i tu obecność bilirubiny w moczu tłómaczy się chorobowym stanem samejże wątroby. Co się tyczy obecności bilirubiny w moczu u chorych, dotkiętych ostrą chorobą zakaźną, to spotykałem ją kilka razy mimo braku żółtaczkowego zabarwienia białkówek; pojawić się ona może czasem tylko przemijająco; tak np. w przypadku ciężkiej błonicy w moczu chorego, którego stan ogólny bezpośrednio po przyjęciu był bardzo groźny, mogłem wykazać wyraźny ślad bilirubiny, natomiast po dwóch dniach wykazać jej już nie zdołałem (w moczu była tylko urobilina w znacznej ilości). W każdym jednak razie wykrycie bilirubiny w moczu jest spostrzeżeniem, posiadającem pewną doniosłość kliniczną, tyczącą się ocenienia ciężkości procesu chorobowego i naszego rokowania.

W toku mych poszukiwań zwracałem również uwagę na przypadki marskości wątroby. Doszedłem do przekonania, że w tej chorobie można wykryć bilirubinę w moczu nierównie częściej, (choć zazwyczaj tylko w bardzo małej

ilości), niż to dotychczas przypuszczano. I tak np. Leube twierdzi, że barwik żółci wykazać można mniej więcej w $^1/_6$ części wszystkich przypadków marskości wątroby.

Otóż spotykałem bilirubinę w większej części badanych przezemnie przypadków marskości wątroby. (Liczba tych przypadków jest jednak za mała (15), aby można otrzymane wyniki uogólnić).

W ogóle przypadki marskości wątroby możnaby pod tym względem podzielić na 3 gromady:

1) Pierwsza obejmie chorych z wyraźną żółtaczką;

2) druga — chorych, których skóra posiada właściwy odcień brudno-żółtawy; były to przypadki, które odpowiadały obrazowi tak zw. „żółtaczki urobilinowej“ C. Gerhardta (Ictére biliphaeique Gublera) — zwłaszcza, iż w moczu było dużo urobiliny, a bilirubiny nie powiodło się wykazać sposobami zwyczajnymi. We wszystkich przypadkach, należących do tej gromady, można było wykazać bilirubinę. Zresztą wogóle pojęcie, odpowiadające tej nazwie, właściwie już nie istnieje. Nazwa ta dopóty była uprawnioną, dopóki przypuszczano, iż urobilina, znajdowana w takich razach w większej ilości w moczu, jest zarazem przyczyną brudno-żółtawego zabarwienia skóry chorych. Odkąd jednak Quincke i Leube wykryli bilirubinę w skórze, a nawet w surowicy krwi tych chorych, pojęcie pierwotne upaść musiało. Pozostała jednak nazwa, jako określenie dla tych przypadków żółtaczki, w których bilirubiny w moczu wykazać nie zdołano, a w których natomiast znajdowano w nim dużo urobiliny. (Wydarzają się one zresztą nietylko w przebiegu marskości wątroby, ale również w następstwie innych spraw chorobowych, jak zapalenia płuc włóknikowego, wad zastawkowych etc.). Różnie tylko tłómaczono brak bilirubiny w moczu; i tak, przypuszczano, że bilirubina, krążąc we krwi, ulega w nerkach redukcyi i jako urobilina wraz z moczem się wydziela; zapatrywanie to upadło już wobec ujemnego wyniku pracy doświadczalnej L e u b e g o. Pozostało tłómaczenie, iż nieobecność bilirubiny w moczu jest następstwem zbyt małej ilości bilirubiny, krążącej we krwi, która zabarwia wprawdzie jeszcze skórę wzgl. białkówki, jednak nie wydziela się już z moczem przez nerki (N o o r d e n). Zapatrywanie to jednak wobec dodatniego wyniku dotychczasowych poszukiwań bilirubiny w moczu, w tych przypadkach, które wogóle objąć można pojęciem żółtaczki urobilinowej, zapewne nie da się nadal utrzymać, a nazwa, jako pozbawiona podstaw rzeczywistych, gdyż między urobiliną w moczu a żółtaczką nie zachodzi żaden związek przyczynowy, wogóle już powinna być zarzuconą.

3) Trzecia gromada wreszcie obejmuje chorych, nieokazujących żółtaczkowego zabarwienia ani skóry ani białkówek. W moczu, — jak wogóle u chorych na marskość wątroby, — wykazać można urobilinę, bilirubiny jednak zazwyczaj wykazać nie można.

Wyniki tej pracy streszczają się w następujących zdaniach:

Przytoczone na czele słowa P e n z o l d t a, odnoszące się do małego klinicznego znaczenia wykazania barwika żółci w moczu, nie są uzasadnione, gdyż zapomocą sposobu Hupperta i podanej powyżej jego odmiany wykryć możemy bardzo małe nawet ilości bilirubiny, a to nawet w tych przypadkach, w których brak żółtaczkowego zabarwienia skóry i białkówek. Wykazanie więc bilirubiny w moczu nie jest bynajmniej tylko stwierdzeniem, ze stanowiska chemicznego, objawu, który pierwej już kliniczne badanie wykryło. Zapomocą najczulszych sposobów dochodzimy wogóle do tego zapatrywania, że bilirubinę w moczu można częściej wykazać, niż to dotąd przypuszczano, a okoliczność ta może być ważną nietylko pod względem rozpoznawczym *(cholelithiasis)*, ale też pod względem leczniczym. Odmiana zaś metody Hupperta, podana wyżej, zaleca się do użytku klinicznego w celu wykrycia bilirubiny w moczu, jako uproszczenie pierwotnego sposobu, jak również z powodu większej czułości. —

W tych zaś razach, w których chodzi o wykazanie nie zbyt małych ilości bilirubiny, polecić można do użytku klinicznego sposób Ultzmana i próbę Ehrlicha, w odmianie wyżej podanej, jako szczególniej na zaufanie zasługującej.

Badając mocz w przypadkach tak zw. żółtaczki urobilinowej (marskość wątroby, zapalenie płuc włóknikowe), stwierdzałem obecność bilirubiny obok urobiliny.

Niech mi będzie wolno, wypełniając miły obowiązek, wyrazić serdeczne podziękowanie prymaryuszowi I. oddz. wewn., p. Dr. Oskarowi Widmannowi, za poparcie i zachętę do tej pracy, oraz p. Dr. Józefowi Wiczkowskiemu, kierownikowi pracowni chemiczno-lekarskiej szpitala, za łaskawe zezwolenie korzystania z zasobów tej pracowni.

Lwów dnia 24. Czerwca 1898.

IV. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

Przypadek zatrucia nikotyną.

Podał

Dr. J. Fels.

Następujący, przezemnie spostrzegany, przypadek zatrucia nikotyną, jakkolwiek wcale nie odosobniony, jednakże z powodu ciekawej przyczyny, jaka go wywołała, zasługuje, mojem zdaniem, na ogłoszenie.

Dnia 13 czerwca b. r. zostałem zawezwany do 8-letniego chłopaka, który nagle uczuł ból głowy i ciśnienie w piersiach, zbladł i zemdlał. Objawom tym towarzyszyło ogólne drżenie. Wszedłszy do pokoju, ujrzałem bladego i podtrzymywanego przez matkę chłopaka, który robił wrażenie omdlałego. Ułożyłem go natychmiast na łóżku i zwolniłem ubranie. Na pytanie, co mu dolega, podawał, że ma bóle głowy i piersi i że piecze go za lewem uchem, gdzie przed kwadransem matka przyłożyła mu „sok z fajki“, na uporczywie utrzymujący się w tem miejscu wyprysk. Przypuszczając ostre zatrucie nikotyną, zmyłem dokładnie wspomnianą okolicę za uchem, kazałem podać czarną kawę i limoniadę, oraz zastósowałem inne zwykłe środki cucące. Osłabienie trwało jeszcze około pół godziny, w którym to czasie wystąpiły dwukrotne wymioty, poczem chłopak odzyskał swobodę. Szczegółowe wywiady dostarczyły następujących szczegółów: Chłopak miał od kilku tygodni wyprysk za uchem lewem, który się powoli powiększał. W chwili, kiedy chorego widziałem, wyprysk był wielkości dłoni, obejmował całą tylną i brzeg przedniej powierzchni małżowiny usznej. Miejsce to było zaczerwienione, w środku już prawie gładkie, tu i ówdzie małemi łuskami pokryte. Brzeg w całości zgrubiały, pokryty tu i ówdzie guzkami wielkości soczewicy, oraz pojedynczemi łuskami. Rozpoznałem wyprysk przewlekły, który swem wejrzeniem przypominał wyprysk obrzeżny *(Eczema marginatum)*, usadawiający się zwykle na pośladkach, międzykroczu, częściach płciowych i górnych częściach ud. Przed

dwoma tygodniami zastósowano z porady lekarza maść, która atoli miała być bezskuteczną i wyprysk dalej się posuwał. Z porady tedy sąsiadek matka postanowiła przyłożyć „sok z fajki“, który przecież „w każdym razie zaszkodzićby nie mógł“. W tym wypadku sok ten, którego resztki oglądałem, przedstawiał się jako płyn lepki, gęsty, ciemno-bronzowy, ostrego zapachu i już w 5 minut po przyłożeniu wywołać miał silne pieczenie. (Wyprysk po zastósowaniu maści chryzarobinowej (3,0:20,0) po 3 tygodniach ustąpił).

Zdarzały się już niejednokrotnie przypadki, że sok nikotynowy z fajek, tak zw. szmirgiel (*Schmiergel*), przez wewnętrzne zastósowanie, jako domniemany środek przeciw tasiemcom, lub przez zewnętrzne, jako wcieranie przeciw świerzbowi i innym chorobom skórnym, dawał powód do objawów zatrucia. Nikotyna bowiem zostaje wessaną wszędzie, a nawet przez nienaruszoną skórę. Objawy zatrucia nikotyną, według podań Dworzaka i Heinricha, którzy na sobie samych robili doświadczenia, występują już po wcieleniu 0,001—0,004 nikotyny i są następujące: palenie w ustach i przełyku, ślinotok, bóle i zawroty głowy, nudności, drzenie, biegunka z silnem parciem, zimny pot, zwężenie źrenic, nieregularny oddech, tętno zrazu przyśpieszone, później zwolnione, małe, omdlenie, kurcze drgawkowe (kloniczne) i tężcowe (toniczne). Taki sam obraz zatrucia występuje także po nadmiernem paleniu tytoniu, po wewnętrznem zastósowaniu odwaru z liści lub w lewatywie. Zauważono go jednakże i u przemytników, którzy przez dłuższy czas nosili liście tytoniu na gołej i nienaruszonej skórze, jakoteż u osób, które w celach leczniczych przykładały opaski moczone w odwarze tytoniowym. Wszystko to tłómaczy się lotnością i wessalnością nikotyny. Tembardziej więc zrozumiałe są zatrucia, spostrzegane po zastósowaniu liści lub odwaru tytoniu na rany, lub na wysypki skórne. Do tych ostatnich należy i przypadek niniejszy, w którym nikotyna mogła działać przez wessanie, oraz przez wdechanie, możliwe ze względu na miejsce zastósowania.

Jeżeli słusznie z powodu niebezpieczeństwa zatrucia przestano używać odwarów tytoniu w lewatywie lub wewnętrznie w takich chorobach, jak w dychawicy oskrzelowej, w krztuścu lub kurczu głośni, gdzie nikotyna, jako środek obniżający pobudliwość odruchową, miała racyonalne zastósowanie, to tembardziej gorliwie powinni lekarze występować przeciw stósowaniu nikotyny i tytoniu jako środków domowych.

Wiedeń, w Sierpniu.

V. Wyciągi.

D e y c k e: **O warunkach zamierania chorobotwórczych drobnoustrojów na malowaniach ściennych.** (*Ctblt. f. Bact.* 1898. T. 23. Nr. 24, 25). Sposób malowania ścian nie jest ze stanowiska higienicznego obojętnym między innemi także i ze względu na to, które rodzaje malowania dadzą się najłatwiej odwietrzać. Dotychczas nie badano jednakże tego zagadnienia ścisłymi sposobami bakteryologicznymi.

Badania D. odnoszą się do farb klejowych, wapiennych (pobielanie), olejnych i tzw. amfibolinowych i dotyczyły gronkowców, paciorkowców, prątków błoniczych, durowych, ropy błękitnej, gruźliczych, nosacizny i przecinkowca cholery. Przedewszystkiem stwierdził D., że wszystkie te drobnoustroje najszybciej giną na malowaniach amfibolinowych i olejnych; na malowaniach wapiennych utrzymują się trzy razy, a na farbach klejowych pięć razy dłużej. Warunki zamierania drobnoustrojów nie zależą jednak, jakby to zdawać się mogło, od większej lub mniejszej zawartości substancyj organicznych w malowaniu, (któreto substancye, np. klej, stanowićby mogły pożywkę dla bakteryi) — lecz od czynników ściśle fizycznych. Dowodzi tego okoliczność, że dodanie do farb ciał przeciwgnilnie działających żadnego wpływu nie wywiera; natomiast giną bakterye tem szybciej i łatwiej, im ściślejszą i gładszą jest powłoka malarska, im trudniej ona wietrzeje i w pył się rozpada. Wynik ten zdaje się szczególnie ważny ze względu na malowania wapienne (pobielanie), które ceniono wysoko ze stanowiska higienicznego, opierając się na przeciwgnilnych własnościach wapna. Z badań D. wynikałoby, ż e z a l e t y h i g i e n i c z n e p o b i e l a n i a są, w porównaniu zwłaszcza z farbami olejnemi, b a r d z o m a ł e. Malowania wapienne nie posiadają bowiem dostatecznej spoistości, aby ułatwić wysychanie drobnoustrojów, od którego ich zamieranie zdaje się w tym przypadku przedewszystkiem zależeć. Stąd najmniej sprzyjające rozwojowi drobnoustrojów są gładkie ściany szklane, następnie kafle, a dalej — malowania olejne i amfibolinowe. Jedno z tych ostatnich (Nr. 2) posiada także tę zaletę, że daje się dokładnie odwietrzyć, gdyż opiera się mechanicznemu działaniu szurowania szczotką, jakoteż chemicznym wpływom 5% karbolu, 1‰ sublimatu, 5% lyzolu; pod tym względem jest ono lepsze nawet od farb olejnych, które niszczeją pod działaniem karbolu. *C.*

P l a c z e k: **O dziedzicznem połowiczem porażeniu dziecięcem.** (*Berl. klin. Woch.* 1898, 30). Odwołując się do swego spostrzeżenia, w którem dwoje dzieci jednej matki uległo połowiczemu porażeniu dziecięcemu z przyczyn r o z m a i t y c h, u jednego z nich przynajmniej dobrze znanych (uraz matki w ciąży), i w którem przeto o dziedzicznem cierpieniu mówić nie można, przypomina P., że właściwie dotychczas nie udowodniono niezbicie istnienia dziedzicznej postaci porażeń dziecięcych połowiczych. Nie można bowiem mięszać postaci r o d z i n n e j, występującej u kilkorga rodzeństwa, pochodzących ze zdrowych rodziców, a przez — jedyne dotąd zresztą — spostrzeżenie Mariego stwierdzoną, z postacią w ścisłem słowa znaczeniu d z i e d z i c z n ą. Tej ostatniej dotychczas klinicznie nie udowodniono, i ci bowiem nawet autorowie, którzy jej istnienie przypuszczają, mówią zawsze o dziedziczności pośredniej (padaczka, kiła, opilstwo i t. p. rodziców), a nigdy o prostej. Z tego względu ma znaczenie następujące spostrzeżenie, ogłaszane właśnie przez P.: — 30-letni rytownik dotknięty jest niedowładem spastycznym lewej połowy ciała, pozostałym po porażeniu dziecięcem, które powstało po płonicy wśród objawów gorączkowych w 4-tym roku życia. Roczny syn jego zachorował na drgawki (bez objawów zakażenia), poczem nastąpiło porażenie prawej połowy ciała. W rok potem stwierdził P. istniejące jeszcze: niedowład prawej połowy twarzy (część autorów do dziś dnia sądzi, że w połowiczych porażeniach dziecięcych twarz nigdy nie bywa dotknięta), spastyczne porażenie prawej ręki i nogi. Mogąc wykluczyć przyczyny takie, jak choroba zakaźna, uraz w ciąży lub przy porodzie, skłania się P. do tego, aby w swojem spostrzeżeniu dopatrywać się oddawna poszukiwanego dowodu, że dziedziczna postać połowiczych porażeń dziecięcych rzeczywiście istnieje. *X.*

L. T h u m i m (asystent kliniki L. Landaua): **O 104 przypadkach wycięcia macicy rakowatej.** (*Berl. klin. Woch. 1898. Nr. 18, 19*). Zbierając materyał do powyższej pracy statystycznej, zmierzał T. do rozwiązania głównie dwu zagadnień, a mianowicie sprawy rokowania po wycięciu macicy rakowatej u osobników młodych i wartości praktycznej kleszczy zaciskających (Klemmen), których stale używano. Chcąc mieć materyał bez zarzutu, wykluczył T. wszystkie przypadki, w których nie stwierdzono raka pod drobnowidem; nadto uważał te tylko przypadki za wyleczone bez nawrotu, które przez czas dłuższy zgłaszały się do kliniki i były dokładnie badane. Chcąc mieć przynajmniej $^1/_2$-roczne spostrzeżenia, wliczono tu tylko przypadki operowane do maja 1897. W ten sposób pozostało z lat 10 tylko 104 wyborowe przypadki. Z tego 7 chorych poniżej lat 30, 9 powyżej 60, reszta pomiędzy 30 a 60 r. życia. Umarło po operacyi 8 (7·6%), bez nawrotu pozostaje 32 (30·7%),

1 chora żyje z nawrotem, 38 umarło skutkiem nawrotu, u 7 stwierdzono nawrót, lecz niewiadome dalsze losy, 2 umarły skutkiem przerzutów, 14 zaś z niewiadomej przyczyny, o 2 wreszcie nie można było zasięgnąć wiadomości.

Gromada I. 8 przypadków śmierci. U 3 nie wykazano jasno przyczyny śmierci, u czwartej niedrożność jelit (chora ta dnia następnego po operacyi, czując się zupełnie dobrze, wstała z łóżka i z kleszczami w pochwie przebiegła kilkakrotnie po pokoju; zły wynik nie jest jednak winą kleszczy, gdyż zdarzają się takie przypadki również po szwie), u 5-tej cukrzyca, *coma*, u 6-tej zanik sił, wyczerpanych poprzednimi krwotokami. Pouczającym jest przypadek 7: lat 33, rak części pochwowej, wycięcie bez otwarcia jamy macicznej, trzeciego dnia wzdęcie, wymioty, 7-go dnia śmierć wskutek zapalenia otrzewny. W macicy znaleziono oprócz raka zatrzymanie łożyska po poronieniu w trzecim miesiącu, o czem chora nie wspomniała. Wówczas dopiero dowiedziano się, że gorączkowała i miewała dreszcze przez czas dłuższy. W 8 przypadku zapalenie otrzewny u 82-letniej osoby.

Gromada II. 32 przyp. bez nawrotu. Czas spostrzegania od $9^1/_2$—$^1/_2$ roku. Jeżeliby się chciało zadość uczynić wymaganiom autorów, którzy jak Bouilly i Thorn po $4^1/_2$ latach widzieli nawrot, i którzy skutkiem tego żądają 5-letniej obserwacyi, to pacyentek takich jest 13 (27·08%). Z tablicy statystycznej wynika dalej, — wbrew mniemaniu niektórych, jakoby wiek młody nasuwał w rokowaniu tak wielką obawę nawrotów, iż najlepiej zabiegu nie podejmować, — że z 7 chorych poniżej lat 30 umarło 4, żyją 3, z tego jedna $6^1/_2$, druga $9^1/_2$ lat po operacyi. Świadczy to wymownie o tem, że wiek młody przeciwwskazania do operacyi stanowić nie może. To samo odnosi się do wieku późnego.

Gromada III. 46 przyp. nawrotów. Z tego 38 przyp. śmierci, 1 żyje, u 7 stwierdzono nawrót, lecz chore usunęły się z pod dalszego spostrzegania. U 24 chorych oznaczyć można było dokładnie chwilę wystąpienia nawrotu: od 2-ch miesięcy do $2^1/_2$ lat, średnio zaś przeszło 9 miesięcy. Śmierć następowała pomiędzy 5 miesiącami, a 3 laty i 2 mies. po zabiegu, średnio w 16—17 miesięcy po zabiegu.

Następuje kilka luźnych uwag i spostrzeżeń. Wśród tego zasługuje na uwagę zwyczaj, który się przestrzega w klinice Landaua, że jeżeli rozpoznanie kliniczne nie ulega wątpliwości, to tylko w razie rozpadu raka części pochwowej, przystępując do operacyi doszczętnej, usuwa się rozpadłe masy rakowate, aby pewniej uchwycić kleszczami Museuxa, zresztą robi się wycięcia próbne kawałeczków nowotworu dla zbadania drobnowidowego tylko wówczas, gdy rozpoznanie jest wątpliwe. Po 8 minutach preparat jest gotowy i przystępuje się do operacyi. Zasada ta jest wynikiem już dość licznych przypadków, z których pierwszy ogłosił Olshausen, a w których po wycięciu kawałeczka do zbadania drobnowidowego nastąpiło zapalenie przymaciczne. Niekorzyść dla chorej stąd wynikająca jest ogromna, gdyż operując wcześnie naraża się ją na zakażenie ogólne, czekając zaś na ustąpienie sprawy zapalnej, łatwo doczekać się zarazem okresu, w którym na operacyę jest już zapóźno. Podobnież potępić należy skrobanie wnętrza macicy wobec raka trzonu. W pewnym przypadku wyskrobano wnętrze macicy, ponieważ lekarz domowy i rodzina na wycięcie macicy zgodzić się nie chcieli. U chorej, która przedtem nie gorączkowała, podniosła się ciepłota do 40·4° i dopiero po tygodniu wróciła powoli do stanu prawidłowego. Wówczas dokonano doszczętnego zabiegu. Sprawy zapalnej w otoczeniu nie było, gorączka więc pozostałaby nie wytłómaczoną, — natomiast po rozcięciu wydobytej macicy znaleziono w jej tylnej ścianie ograniczone ognisko rakowe, rozpadłe. — Tu przez wyskrobanie otworzyło się zamknięte przedtem ognisko, co pociągnęło za sobą rozpad, wessanie substancyj zakaźnych i gorączkę. Chora wyzdrowiała.

W razie powikłania raka macicy z przewlekłemi sprawami zapalnemi w otoczeniu, unieruchomiającemi ją, kleszcze zaciskające oddają niezwykle dobre usługi. Kiedy bowiem sprawa obracała się dotąd około tego, że kleszcze mają o tyle tylko pierwszeństwo przed szwem, iż skróca się czas operacyi, to w przypadkach silnych zrostów, jakoteż nacieku nowotworowego w *parametrium*, kleszcze mają tę wielką przewagę, że można je założyć tak daleko i głęboko, blizko ściany miednicy, gdzie szwu z przyczyn czysto technicznych nie można zakładać. W powikłaniach z guzami części dodatkowych, przyrody nowotworowej, lub też zapalnej, oddają kleszcze również dobre usługi, jak to autor kilku przypadkami objaśnia.

Z dalszych uwag ważnym jest, ze względu na stosowanie kleszczy, szczegół, że w 2-ch przypadkach zdarzył się następowy krwotok. Jeden z nich należał do tych wyjątkowych przypadków, gdzie zakładano podwiązki, w drugim wystąpił krwotok 5-go dnia po operacyi, a 3-go dnia po usunięciu kleszczy, w czasie wyjmowania tamponu z gazy. Zarówno ten krwotok, jakoteż drugi, 9-go dnia zatamowano zapomocą tamponady. Kiedy 12-go dnia silniejszy krwotok się powtórzył, odsłonięto pole operacyjne i znaleziono broczące miejsce na tylnej ścianie pochwy. Założono parę kleszczy. Chora wyzdrowiała. *Dr. B. Wojciechowski.*

Podbielsky: **Przyczynek do badań nad odpornością względem „*bacillus subtilis*“.** *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, Nr. 7). „*Bacillus subtilis*“ jest wprawdzie chorobotwórczy tylko dla zwierząt, jednakże badania P. mają ogólniejsze znaczenie z tego powodu, iż rozjaśniają sprawę odporności ustroju przeciw zarodnikom, dotychczas mało zbadaną. „Subtilis“ należy właśnie do prątków zarodnikujących i do badań takich szczególnie dobrze się nadaje. Wyniki dotychczasowych badań w tym kierunku były sprzeczne: mianowicie, Fodor przypisywał własności ochronne — krwi, Leclef — samej tylko surowicy, Wysokowicz zaś — komórkom tkanin ustroju i śródbłonkom naczyń. Wnioski, do jakich doszedł P., są następujące: 1) Prawidłowa surowica krwi króliczej zabija „*in vitro*“ zarodniki „*bacillus subtilis*“. 2) Ta własność surowicy zależy najprawdopodobniej od substancyj, w niej zawartych, a pochodzących z rozpadu ciałek białych. 3) Ciecze przesączynowe i ciecz wodna oka nie przeszkadzają rozwojowi zarodników i nie niszczą żywych prątków. 4) Wysięki zapalne, zawierające dużo ciałek białych, działają podobnie poza ustrojem jak surowica krwi. 5) Substancye, zawarte w przesączu osocza krwi, nie zatrzymują rozwoju zarodników i nie niszczą prątków w żyjącym ustroju zwierzęcym. 6) Zarodniki „*bacillus subtilis*“, wprowadzone do ustroju różnemi drogami, zostają pochłonięte i zniszczone przez ciałka białe. 7) Zarodniki pewnych odmian „*bacillus subtilis*“ kiełkują wprawdzie w tych samych warunkach, lecz powstające z nich prątki giną wewnątrz ciałek białych, które je pochłaniają.

W ogólnym wyniku potwierdzają zatem badania P., odnośnie do zarodników, znane zapatrywania Miecznikowa.

Doc. Ciechanowski.

Abba (Turyn): **Jak długo zachowują swoje własności jad błoniczy i surowica przeciwbłonicza?** *(Centralblatt für Bacter.*, Nr. 21, 1898). Chcąc przekonać się, jak długo zachowuje swe cechujące własności jad błoniczy, oznaczył Abba najmniejszą dawkę śmiertelną danego jadu i badał co pewien odstęp czasu jego siłę zabójczą. I tak w grudniu 1894 wynosiła najmniejsza śmiertelna dawka tego jadu 0,04 i aż do stycznia r. 1897 pozostała dawka 0.04 najmniejszą dawką śmiertelną; — dopiero w styczniu 1897, potrzeba było do zabicia zwierzęcia użyć 0,06. Wynika stąd, że jad błoniczy zachowuje swoje własności dłużej jak dwa lata, że jednak po upływie tego czasu, jad błoniczy staje się słabszy. Dodać należy, że jad przechowywano w ciemności, w ciepłocie 3 do 5 Celzyusza, że dodano do niego małą ilość toluolu.

Daleko więcej praktyczne znaczenie mają doświadczenia, zdążające do określenia trwałości działania surowicy przeciwbłoniczej. Z licznych doświadczeń, przedsięwziętych

w tym celu z surowicą, przechowywaną długi czas w rozmaitych warunkach (bądźto w stanie jałowym w lodowni i w ciemności z dodatkiem 2‰ kwasu karbolowego, bądź zakażoną bakteryami z powietrza i pleśniami, trzymaną bez dodatków przeciwgnilnych w ciepłocie pokojowej i na świetle) wynika, że swoiste działanie surowicy przeciwbłoniczej utrzymuje się bardzo długo, po latach dopiero zwolna słabnąc, oraz, że opiera się ono długi czas wpływom światła, ciepła i licznych bakteryj.

Z tego względu oświadcza autor, że — jego zdaniem — można surowicę przeciwbłoniczą stósować u ludzi, nawet po upływie 1½ roku od jej wytworzenia, z zupełnym skutkiem, ponieważ do tego czasu nie traci ona nic na sile, jeżeli pozostała jałową. Stąd też wymiana niezużytej surowicy po 3 miesiącach na nową, jakto się powszechnie w szpitalach praktykuje, wydaje się autorowi zbyteczną.

Doc. Raczyński.

Prof. A. Wölfler: **O operacyjnem przesuwaniu wola.** *(Beitr. z. klin. Chir.*, XXI. 2). Zabieg ten polega na tem, że uwalniamy wól z jego pierwotnej siedziby i ustalamy go zwykle gdzieindziej na szyi pod skórą i mięśniami, ale w takiem miejscu, gdzieby nie mógł uciskać ani na tchawicę, ani na nerw zwrotny, ani na przełyk. Z ostatniego zdania wynika, że przystępujemy do tego zabiegu wówczas, jeżeli wól, uciskając wymienione narządy, sprawiał znaczne dolegliwości. A nie wykonujemy w tych razach wycięcia, wyjęcia i t. p. wola, 1) gdyż, obawiając się *cachexiae strumiprivae*, nie możemy wykonywać doszczętnego zabiegu na wolu rozwijającym się w pozostawionej resztce gruczołu tarczykowego po dawniej już wykonanej operacyi wola *(struma recidiva)*. 2) Nie możemy wydalić obu, jednostajnie na tchawicę uciskających połów wola, lecz jedną wycinamy, drugą przemieszczamy. 3) Zabieg W. jest wskazany, gdy przy jednostronnym ucisku na tchawicę, tę właśnie część wola wycięliśmy, która duszności nie sprowadzała. 4) W. wreszcie nie resekuje wola podmostkowego u młodych osobników, lecz przemieszcza na szyję. Nie można bowiem a priori ocenić, wiele istoty tarczykowej dany osobnik do swego rozwoju zapotrzebuje.

Tej operacyi nie należy pomięszać z tak zw. *exothyreopexią*, podaną przez francuskich chirurgów, Gangolphea i Jaboulaya, a polegającą na odsłonięciu całego wola, po przecięciu nad nim skóry. Po takiem odsłonięciu tworzyć się mają w żyłach wola skrzepy, a w dalszym ciągu wól ma się zmniejszać. W płynie zaś surowiczym, sączącym się z powierzchni tak odsłoniętego wola, wydalać się ma istota, działająca szkodliwie na cały ustrój. *Herman.*

Prof. Sawczenko (Kazań): **Sporozoa nowotworów złośliwych i chorobotwórcze blastomycety (drożdże).** *(Russkij archiw patołogii, kliniczeskoj medycyny i bakteriołogij*, Tom V. Zeszyt 6, 1898). S. spostrzegał przypadek licznych ropni, wywołanych przez blastomycety. U morskich świnek, na które przeszczepiono ropę z tych ropni, rozwinął się po miesiącu obrzęk gruczołów chłonnych, polegający na obecności blastomycetów wśród ich utkania. Porównanie obrazów drobnowidowych tych gruczołów ze skrawkami guzów złośliwych przekonało autora, że istnieje wielkie podobieństwo między owymi chorobotwórczymi blastomycetami, a utworami, uważanymi przez autora za pasorzyty nowotworów złośliwych, jak to wykazują dołączone do pracy rysunki. Otoczki blastomycetów barwią się metachromatycznie (t. j. fioletowo tak zw. czerwienią „Magenta“, zamiast różowo), a dając także inne odczyny mikrochemiczne, cechujące śluz, współśrodkową swoją budową odpowiadają otoczkom domniemanych pasorzytów nowotworów złośliwych. Dalsze podobieństwo polega na jednakowem zachowaniu się (postaciowem i wobec barwików) ziarnistości protoplazmatycznych, znajdujących się w środku obu rodzajów utworów, oraz na kształcie zarodników i t. d. Wnosi z tego autor, że to, co uważa on za pasorzyty nowotworów złośliwych, jest jakimś rodzajem chorobotwórczych blastomycetów, przynajmniej odnośnie do śródbłoniaków; może być jednak, zdaniem autora, że inne rodzaje nowotworów powstają pod działaniem właściwych sporozoów. Wogóle obecne wyniki badań autora, opartych li tylko na cechach postaciowych, zdają się potwierdzać, przynajmniej co do śródbłoniaków, przypuszczenie Sanfelicego, że pasorzyty nowotworów należą do drożdży; nie traci zaś autor nadziei, że z czasem uda się te swoiste pasorzyty na sztucznych pożywkach wyhodować. *Doc. Ciechanowski.*

Konstantinow: **Gorączka z żółtaczką i hemoglobinuryą** *(Russkij archiw patołogii* etc., 1898, V, Z. 3). Wśród 21300 przypadków zimnicy, spostrzegał autor, w ciągu lat 6, czterdzieści przypadków gorączki z żółtaczką i krwawem moczeniem (1·9%). U osobników nią dotkniętych, występowała ona zazwyczaj dopiero w kilka miesięcy po przybyciu w okolice zimnicze, i to najczęściej w porze zimowej, przeciwnie, niż zwykła zimnica, grasująca zwykle od maja do września. Śmiertelność wynosiła 35%; przebycie choroby usposabiało do nawrotów, wszyscy chorzy przebywali zimnicę przed zapadnięciem na gorączkę żółtaczkową.

Najczęściej przybiera gorączka ta typ ciągłej (31 razy na 40), znacznie rzadziej przepuszczający (9 razy), który jest mniej groźny (zmarło 22%, z ciągłej zaś 39%). Do stałych jej objawów należy przedewszystkiem hemoglobinurya. Spektroskop wykazuje oksyhemoglobinę i urobilinę. Barwików żółciowych nie można wykryć w moczu. Białkomocz (do 3%) pojawia się razem z hemoglobinuryą, a niekiedy ją zastępuje. Z początku choroby ilość moczu wzmaga się; w formach ciężkich zjawia się niekiedy przedśmiertna anuria i mocznica. Żółtaczka nigdy nie bywa bardzo silną; względnie najsilniejsza zdarza się w przypadkach, połączonych z mocznicą. Gorączka pojawia się zazwyczaj równocześnie z hemoglobinuryą, po silnym dreszczu; nie dochodzi nigdy stopni wysokich, a przebieg jej w obu typach bywa zresztą niezbyt regularny. Częste są poty rozpływne. Śledziona powiększona, bolesna; wątroba zazwyczaj nie okazuje zmian. Skłonność do zaparcia stolca; obfite wymioty żółciowe. Kał nie bywa odbarwiony. Tylko raz (na 12 przypadków badanych w tym kierunku) spotkał autor we krwi wolne plazmodya i półksiężyce. W gorączkach ciągłych hemoglobinurya trwała 4 do 5 dni; w przepuszczających, ilość napadów wynosiła 2 do 9, długość z początku 1 do 8 dni, potem od kilku godzin do 4 dni, przerwy między nimi 1 do 12 dni. Sekcyi dokonano 3 razy; w 2 przypadkach ostrych znaleziono ostre zapalenie nerek i zwyrodnienie wątroby, w jednym przewlekłym zanik i stłuszczenie wątroby, a nerki prawidłowe.

Przyjmowano dotąd najczęściej, że opisane cierpienie jest jedną z postaci zimnicy. Tomaselli i kilku innych sądzi, że jest to raczej zatrucie chininą, lub przynajmniej połączony wpływ tego zatrucia i zimnicy. Obecność plasmodyów we krwi w tych przypadkach dowodzi wprawdzie zakażenia zimniczego, lecz nie wyłącza wiele możliwości innych jeszcze wpływów. Nie bez znaczenia jest szczegół, że wszyscy chorzy zażywali nader wiele chininy i że wybuch choroby nie przypada wcale na zimniczy okres roku. Przytem wielu autorów stwierdza, że choroba przebiega korzystniej, jeśli się chininy chorym wcale nie podaje. Wobec tego dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Zdanie Tomaselliego, że gorączka żółtaczkowa z hemoglobinuryą jest zatruciem chininowem, zasługuje na baczną uwagę. 2) Wpływ zimna na powstawanie choroby jest niewątpliwy. 3) Przebieg bez podawania chininy jest korzystniejszy. 4) W czasie hemoglobinuryi nie ma hemoglobinaemii. 5) Żółtaczka polega na złożeniu w skórze urobiliny, ponieważ w moczu nie znajduje się barwików żółciowych. 6) Zapalenia nerek, występujące w tej chorobie, są wtórne. 7) Zadając chininę zapobiegawczo przeciw zimnicy, należy mieć na oku niebezpieczeństwo wywołania hemoglobinuryi u osobników usposobionych do niej i postępować z rozwagą i ostrożnie, zwłaszcza w porze zimowej. 8) Aby dowieść, że gorączka żółtaczkowa z hemoglobinuryą jest wynikiem zatrucia chininą, brakuje tylko jeszcze dodatnich wyników doświadczeń na zwierzętach. *X.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Cocainum hydrojodicum C_{17} H_{21} NO_4 HJ. Są to kryształki bezbarwne, trudno w wodzie rozpuszczalne. Marcus poleca środek ten w zastępstwie chlorku kokainy w dentystyce, do znieczulenia zapomocą prądu elektrycznego czyli kataphorezy. Używa on w tym celu mieszaniny Coc. hydrojod., mentholu i brenzcainy.

Coffeinum et Theobrominum purissimum. Siegert opierając się na twierdzeniu, że salicylan sodowy uważać należy za antidiureticum, przez podawanie zaś czystej kofeiny zawsze sprowadzić można wessanie przesięków, ostrzega przed częstem zapisywaniem coff. natr. salicyl., a poleca natomiast trudno rozpuszczalne coffeinum pur. To samo można powiedzieć o teobrominie. Jest to środek w całem tego słowa znaczeniu moczopędny a podawać go należy w dawkach $1^1/_2$—3 grm. dziennie, mając jednak zawsze to na względzie, że u pewnych osobników sprowadza ból głowy, nudności, a nawet objawy podrażnienia mózgu.

Colchicinum salicylicum (Colchisal) jest to żółty, bezpostaciowy proszek, rozpuszczalny w wodzie, alkoholu i eterze. Polecany przez W. Tobiasa i Thompsona przeciw gośćcowi mięśniowemu i stawowemu, nawet w wypadkach zastarzałych, w których podawanie innych środków zupełnie było bezskuteczne. Zapisuje się:

Rp.: *Colchicini salicylici 0.00075*
Sacchari albi 0.25
M. Dent. tal. dos. Nr. X. ad caps amylac.
S. Co 4 godziny proszek zażyć.

Coniinum hydrobromicum C_8 H_{17} HBr. są to bezbarwne, rombiczne kryształki, rozpuszczające się w 2-ch częściach wody, lub alkoholu. Środek, używany dotąd w tężcu, dychawicy sercowej, rwie kulszowej i krztuścu, poleca świeżo Gomez przeciw szumowi w uszach, szczególniej, jeśli ucho środkowe i wewnętrzne równocześnie są zajęte. Zapisuje się:

Rp.: *Coniini hydrobromici 0.02*
Spirit. Menth. piper. 5.00
Sirupi simpl. 100.00.
MDS. 3 razy dnia zażyć pełną łyżeczkę.

W ten sposób na jedną łyżeczkę wypada 0.001 środka, co jest ważnem, gdyż dawka większa od 2 centigr. może wywołać zaburzenia żołądkowe.

Credégo „Argentum colloidale“. Po znanych już w leczeniu ran solach srebra: aktolu i itrolu, podaje świeżo Credé nową odmianę metalicznego srebra, znaną już w chemii pod nazwą srebra kolloidowego. Są to grudki barwy czarno-zielonej, o połysku metalicznym; roztarte z wodą, dają płyn podobnie zabarwiony, w rozcieńczeniu zaś czerwono-brunatny. Rozpuszczają się one także w płynach surowiczych, zawierających białko, co umożliwia działanie preparatu wprost na tkanki ustroju. Środek ten ani nie wywołuje miejscowego odczynu jak itrol, ani nie wywiera żadnych ubocznych, lub następowych wpływów. Stosować go najlepiej w postaci maści i to we wszelkich chorobach wsoczniczych, jak zapalenie naczyń chłonnych tkanki podskórnej, posokowate postacie płonicy i błonicy. Po 5—30 godzinach chory czuje się ogólnie lepiej, gorączka spada, a sprawa zakaźna nagle ustępuje; w róży miejscowej poprawy nie zauważono. Wciera się 1—2 razy dziennie, przez 15 do 30 minut, dorosłym osobom po 3.00, dzieciom po 1 gramie maści w skórę, ale nie w blizkości miejsca zajętego chorobą. Do opatrywania ran nadaje się także gaza, nasycona srebrem metalicznem.

Crotinum. Przez tę nazwę rozumieć należy trujące ciała białkowate, znajdujące się w nasionach krocienia. Jest to żółtawy proszek zawierający 20% popiołu, rozpuszczalny w wodzie i w 10% roczynie soli kuchennej. Działa on trująco na protoplasmę, zabija ciałka czerwone niektórych zwierząt, poraża mózg a w większych dawkach serce.

Diacthylketon (Propion), ruchliwa ciecz, rozpuszczalna w 24 częściach wody, mięszająca się z wodą, alkoholem i eterem. Od dłuższego już czasu stosowano propion jako środek nasenny. Dawka nasenna wynosi 0·5 gr., u chorych umysłowo 1·50 i 3·00. Zapisuje się:

Rp.: *Diacthylketoni 0.5—1·5—3.00*
Aq. Menth. piper 20.0—40.0—80.0
Syr. simpl. 5.0 10.0—20.0.
MDS. Na raz zażyć.

Wdychiwanie tego środka o tyle jest mniej dogodne, że do wywołania snu potrzeba wtedy dłuższego czasu.

Difluordiphenylum biały proszek o przyjemnym zapachu, rozpuszczalny łatwo w alkoholu, eterze i chloroformie. Używają go do leczenia ran, w szczególności owrzodzeń kiłowych wytarłszy je poprzednio zgęszczonym kwasem karbolowym (według Neissera). Zapisuje się jako zasypka, lub w postaci maści (10%).

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

W przewlekłym nieżycie pęcherza podaje Jais: Rp. *Methylenblau 0.08 Talc. Venet. p. 0,12 Lanol. p. q. s. ut f. pill. Dent. t. dos. Nr. 30.* S. Dziennie 8 pigułek (Berich. u. d. Leist. a. d. Geb. d. Syph. 1897). *F. K.*

W łysieniu na tle grzybkowem zaleca Sabourand wcierać codziennie j dną z następujących maści: Rp.: *Hydr. praecip. alb. 30 Ol. Citri gtt. XX. Vasel. flav 600,* albo Rp.: *Pilocarp., Chin. muriat. aa 4.0, Sulf. praecip. 100, Bals. peruv. 20.0, Medul. ossium 100.0.* *F. K.*

Jako środek zapobiegający rzeżączce zaleca Welander, na mocy ujemnie dokonanych szczepień ropą rzeżączki, wstrzykiwać 4% rozczyn protargolu, nawet w kilka godzin po podejrzanem spółkowaniu, i 6—10 minut w cewce zatrzymywać. Powstały skutkiem zadraźnienia nieżyt cewki szybko bardzo ustępuje bez leczenia. (Arch. f. Derm. u. Syph. XLIV). *F. K.*

Na podstawie rozległego doświadczenia stwierdza Unna (Monats. f. pr. Derm. T. XXVI. 1.), że błędem jest zalecać w rzeżączce wstrzykiwanie tylko podczas dnia, gdyż sprawa rzeżączkowa rano zwykle jest najwięcej nasiloną; dlatego każe wstrzykiwać 2 razy w nocy. W przypadkach świeżych zaleca wstrzykiwać co 2 godziny w ciągu dnia i nocy, następnie co 3, później co 4 godziny, wreszcie coraz rzadziej aż do jednego wstrzykiwania na dzień. Płynu do wstrzykiwań używa następującego: *Zinc. sulfocarbol. 1,0, Resorcini 4.0, Aqu. foeniculi 200.0.* *F. K.*

Huldschiner (Hamburg) zwraca uwagę (Berl. klin. Woch. 1898) na znaczenie mięsienia w chorobach narządu moczopłciowego u mężczyzn, twierdząc, że podnosi ono siłę mięśniową, obniża pobudliwość, usuwa nacieki zapalne i przekrwienia żylne. Dlatego mięsienie oddaje tak dobre usługi w osłabieniu i podrażnieniu pęcherza, powstałem skutkiem zapaleń przewlekłych, zwężenia cewki moczowej i t. p. Podobnie użyć go można w sprawach czysto nerwowych, uchyłkach pęcherza i *enuresis nocturna*. Wybitne wskazania stanowią nacieki, n. p. okołocewkowe, zapalenia przewlekłe gruczołu krokowego. W końcu sądzi, że wyniki mięsienia, otrzymane w niemocy spółkowania i zapładniania, gdy ta jest następstwem zapalenia wzgórka nasien. i pęcherzyków nasiennych, lub grucz. krokowego, są nader zachęcające. *F. K.*

VII. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W czerwcu.

IX.

W towarzystwie chirurgicznem odzywały się jeszcze ostatnie echa rozprawy o psychozach pooperacyjnych. Nie powiedziano jednak w tej sprawie wiele nowego. Tuffier, Poirier, Gérard-Marchant, Berger i inni przytaczali po kilka własnych odnośnych przypadków, stwierdzając w ślad za dawniejszymi mowcami, że między zabiegiem a wybuchem przypadków umysłowych nie ma bezpośredniego i ścisłego związku. Praktyczne znaczenie mogłyby mieć uwagi, które uczynił Bouilly, odstępujący od zamierzonych operacyj, ilekroć chorzy okazują chorobliwą i przesadną obawę zabiegu, oraz Berger, nie ufający chorym, zbyt natarczywie domagającym się operacyi, co ma być według niego wskazówką już nieprawidłowego stanu psychicznego. Z liczniejszą statystyką wystąpił Le Dentu, który zebrał 68 przypadków własnych i obcych; ponieważ 30 razy zaburzenia umysłowe wystąpiły po innych najrozmaitszych zabiegach, a aż 38 razy po zabiegach ginekologicznych, przeto Le Dentu nie śmie zaprzeczać związku tych ostatnich z psychozami, jakkolwiek związek ten jest zapewne dość daleki. Ollier zwracał uwagę na psychozy występujące bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym, obecnie rzadsze, niż dawniej, może z powodu usypiania, które oszczędza chorym przykrego widoku przygotowań do zabiegu. Z całości rozpraw nad tą sprawą wybijałoby się na pierwszy plan ostatecznie przekonanie, że przyczyny zboczeń umysłowych po operacyach chirurgicznych nie należy w ogóle szukać w samym zabiegu; pominąwszy przypadki, w któ-

rych operowani byli już poprzednio wyraźnie umysłowo chorzy, lub silnie do chorób umysłowych usposobieni, znaczna część spostrzeżeń zdaje się odnosić do zatrucia środkami usypiającymi (chloroform) lub opatrunkowymi, do powikłań zakaźnych, do moczniey, niekiedy do nagłej i niespodziewanej zmiany w życiu mało inteligentnych chorych (zdjęcie zaćmy u niewykształconych wieśniaków), a w bardzo tylko skąpej liczbie przypadków przyczyna zaburzeń umysłowych pozostaje niewyjaśnioną.

Na podobnem pograniczu dwóch działów nauki, jak wspomniane co dopiero rozprawy, stoi spostrzeżenie Danilewskiego (z Charkowa), przesłane Towarzystwu biologicznemu. D. utrzymuje, że zwyczajna trepanacya w sąsiedztwie okolic ruchowych kory mózgowej wywołuje sama przez się zboczenia czynnościowe i zaburzenia odżywcze w mięśniach i kościach kończyn, odpowiadających zwojom, obok których operowano.

Potrąciwszy przed chwilą mimochodem o psychiatryą, wypada zapisać jeszcze sprawozdanie Balleta (Ac. d. M.) o zmianach w korze mózgowej, jakie znalazł w drugim z kolei przypadku „psychose polynevritique“ na tle zatrucia wyskokowego; nie różniły się one od zmian znalezionych w pierwszym przypadku, o których w jednym z poprzednich listów wspominałem. Te zmiany komórek kory mózgowej uważa Ballet za wtórne i porównuje je ze zmianami, wywołanemi przez doświadczalne wyrywanie nerwów. Właśnie w tych czasach uzupełnił Marinesco (Soc. méd. d. Hôp.) swoje doświadczenia z wyrywaniem nerwów, zwróciwszy się z kolei do nerwów rdzeniowych. W dziesięć dni po wyrwaniu nerwu kulszowego zauważył on w rogach przednich tej samej strony zniknięcie ziarnistości chromatofilnych z komórek i wypustek protoplasmatycznych, zmiany w kształcie i pomniejszanie się jąder komórkowych, zblednięcie i powstawanie pęcherzyków w jąderkach, a nawet zupełną ich zatratę. Badania swe przeprowadzili B. i M. zapomocą wszechwładnej dzisiaj metody Nissla. Przy sposobności należy wspomnieć o odmianie tej metody barwienia, jaką podaje Gothard (S. d. Biol.); używa on mianowicie do odbarwiania mięszaniny następującej: Ol. Cajeputi 40.0, Xyloli 50.0, Creosoti 50.0, Alcoh. absol. 160.0 i twierdzi, że zapomocą tego płynu otrzymuje się wyniki daleko lepsze.

Philippe i Decroly pragnąc rozstrzygnąć wątpliwości co do udziału zmian kory mózgowej w symptomatologii wiądu rdzenia pacierzowego, badali drobnowidowo w 3 odnośnych przypadkach zachowanie się włókien myelinowych w korze zapomocą sposobu Weigert-Pala z odmianą Kulczyckiego. Z badań tych wnoszą, że włókna te w zwyczajnym przebiegu wiądu nie ulegają żadnym zmianom, że zatem nie grają żadnej roli ani w symptomatologii choroby, ani w sklerozie tylnych sznurów rdzenia; stanowi to znamienne przeciwieństwo z porażeniem ogólnem postępującem, w którem włókna tangencyalne znikają prawie zupełnie. (Soc. d. B.).

Sellier i Verger niszcząc u psa wzgórek wzrokowy zapomocą elektrolizy spostrzegali zaburzenia wzrokowe, zaburzenia dotykowe i zmysłu mięśniowego bez porażeń i zmian w czuciu bólu, wszystkie te objawy były jednak przejściowe. Po zniszczeniu „nucleus caudatus“ powstawały porażenia i zmiany czuciowe podobne do tych, jakie wywołuje zniszczenie „gyrus sigmoideus“ (S. B.).

Należałoby tu może wspomnieć o doświadczeniach Thomasa i innych (Soc. de Biol.) dowodzących znaczenia nerwu słuchowego w zmyśle równowagi; ponieważ jednak „Przegląd“ podawał w tym kierunku niedawno dłuższe i dokładniejsze sprawozdanie, przeto sprawę tę pozwolę sobie pominąć.

Z kolei słów kilka o klinicznej stronie chorób układu nerwowego. Jacquet przedstawiał w Soc. med. d. Hôp. chorego, u którego jodek potasu wywołał przed 4 laty 6tygodniowe porażenie nerwu twarzowego lewego; w dwa lata potem ten sam środek był przyczyną bólów międzyżebrowych i niedowładu kończyn dolnych, obecnie zaś powstała z tych samych powodów „zona ophtalmica“ i bóle w zakresie nerwu twarzowego prawego, jednak bez śladu porażenia lub niedowładu. Na następnem zaś posiedzeniu przedstawił Jacquet wspólnie z Napieralskim przypadek długotrwającego zapalenia nerwów kulszowego i udowego prawego, wskutek czego cała kończyna dolna zatrzymała się w rozwoju, podobnie, jak to się dzieje w przypadkach „paralysis infantilis“; obok tego powstała wyrośl kostna na kości piętowej, prawdopodobnie także pod wpływem owego zapalenia nerwów. Na temże posiedzeniu przedstawiali Roques i Marie chorą, u której istnieje zbiór objawów opuszkowych Erba: opadnięcie górnej lewej powieki, wymowa nosowa, zaburzenia w połykaniu; odruchy ścięgniste na kończynach są nieco wzmożone, mięśnie kończyn osłabione i niezdolne do czynności po kilkakrotnych wysiłkach.

Stwierdzono już dawniej, że u osobników prawidłowych, obracanych na kole, występują wskutek podrażnienia zmysłu równowagi pewne „kompensacyjne“ ruchy gałek ocznych. U głuchoniemych zjawisko to w tych warunkach nie występuje, z czego wnoszono miedzy innemi, że zmysł równowagi stoi w związku z błędnikiem ucha. Egger wykonał podobne doświadczenie w przypadku wiądu rdzenia z zajęciem opuszki i spostrzegł, że w tym przypadku również gałki oczne pozostały nieporuszone. Objaw ten radby E. nazwać: „ophtalmoplégie labyrintique“ (S. B.).

W porażeniach połowiczych pochodzenia mózgowego zauważono, że nasilenie ruchów oddechowych po stronie porażonej zmniejsza się. Wbrew temu zauważył Egger w 2 przypadkach porażenia połowiczego zwiększenie amplitudy ruchów klatki piersiowej po stronie chorej. (S. B). Szukając wytłomaczenia tego paradoksalnego objawu sądzi E., że jest on wywołany przez podrażnienie włókien nerwowych, dążących ku ośrodkom oddechowym, przez ognisko chorobowe w mózgu. Przy tej sposobności przypomniał Dupuy, że już Brown-Séquard zauważył podobny objaw u zwierząt po przecięciu połowy rdzenia pacierzowego.

Rénon i Follet przedstawiali w Soc. méd. de Hôp. 77-letniego starca, u którego dwa ostatnie palce ręki prawej są zimne, skóra ich zabarwiona sinofioletowo; bolesność tych palców pojawiła się dopiero po sześciu tygodniach cierpienia. Natomiast czwarty palec ręki lewej jest obrzękły, zaczerwieniony i od początku cierpienia bolesny. R. i F. sądzą, że w tym przypadku nie można rozpoznawać zgorzeli starczej, ponieważ tętnice zdają się nie być dotknięte miażdżycą; raczej należy myśleć o chorobie Raynauda.

Babiński wykładał w Towarzystwie biologicznem o „objawie paluchowym“, wykrytym przez siebie; praca Babińskiego o tym przedmiocie ukaże się wkrótce w „Przeglądzie“, dlatego tutaj ograniczam się tylko do wzmianki [1]). W temże towarzystwie zdał sprawę Levi z dwóch przypadków neurastenii u kobiet z niezwykłymi objawami naczynioruchowymi. U jednej z chorych pojawiały się niekiedy wybroczyny w skórze kończyn dolnych; u drugiej wystąpiły pęcherze na ręce prawej w pierwszym dniu miesiączki. Jak twierdzi L., żadna z tych chorych nie była histeryczką, u żadnej też nie istniały organiczne zmiany układu nerwowego, w szczególności nie było zapalenia nerwów obwodowych. Na tem samem posiedzeniu mówił Egger o chorej, dotkniętej jednostronną syringomyelią, u której stwierdził porażenie struny głosowej, mięśni klatki piersiowej i przepony po stronie lewej. Ponieważ gliomatoza zajmowała już jądra piątej i dziewiątej pary nerwów mózgowych po stronie lewej, przypuszcza więc E., że porażenia te nie pochodzą z naruszenia dróg nerwowych, lecz że są skutkiem zajęcia samego ośrodka oddechania, za czem przemawiałyby także pewne zaburzenia w oddechaniu, dostrzegalne po stronie prawej.

---

[1]) Praca drukowaną była w Nr. 27 i 28 »Przeglądu« z r. b.

Déjerine powracając w swych wykładach kilkakrotnie do choroby Littlea, starał się udowodnić istnienie odrębnego typu tego cierpienia, mianowicie postaci rdzeniowej pierwotnej. Jakkolwiek drogi piramidalne są zawsze zajęte, to siedziba i rodzaj zmiany pierwotnej różną jest w różnych przypadkach i stąd uważa Déjerine chorobę Littlea raczej za zbiór pewnych objawów („syndrome"), niż za swoistą jednostkę kliniczno-anatomiczną. Objawy choroby Littlea mogą być wywołane bądź przez niedokształt, bądź przez wczesny zanik lub zwyrodnienie dróg piramidalnych, zależne ze swej strony bądź od zaburzeń odżywczych kory mózgowej w okolicach Rolandowych, które z czasem mogą się poczęści wyrównać, bądź od urazowych krwotoków korowych (poród kleszczowy), zmian zakaźnych, ognisk rozmiękczynowych, ogniskowych stwardnień itp. Zmiany mogą być jednostronne z lepszem i obustronne z gorszem rokowaniem, gdyż w tym ostatnim przypadku nie można spodziewać się zastępczej czynności strony drugiej; obraz kliniczny zależy od rozległości zmian, a klasycznym przypadkom z rozległemi porażeniami i zanikami odpowiadają bardzo znaczne zmiany korowe, przyczem drogi piramidalne wogóle się nie rozwijają. Zdaniem Déjerina nie istnieje choroba Littlea bez zmian anatomicznych; w przypadkach, opisanych przez Cestana i Philippe'a, dlatego nie stwierdzono zmian dróg piramidalnych, ponieważ drogi te wogóle się nie rozwinęły lub bardzo wcześnie zanikły. Badanie anatomiczne wykrywa w przypadkach choroby Littla stwardnienie sznurów bocznych rdzenia, zazwyczaj ze zmianami w mózgu; zmiany rdzenia uważano dotąd zawsze za następowe, nawet wówczas, gdy nie zdołano odszukać pierwotnego ogniska w mózgu. Jako przykład pierwotnie rdzeniowej postaci choroby przytacza D. następujący przypadek: Mężczyzna 50-letni, dotknięty od urodzenia porażeniem wszystkich kończyn, wybitniejszem w kończynach dolnych, bez zaburzeń zwieraczy i czucia, który nauczył się chodzić dopiero w 10 roku życia a umysłowo słabo był rozwinięty, umiera z rozpoznaniem choroby Littlea powstałej wskutek rozległych wad rozwojowych kory mózgowej. Badanie pośmiertne wykrywa wbrew oczekiwaniu, że w mózgu, moście Varola i opuszce rdzenia najmniejszych zmian niema i że istnieje zwyrodnienie sznurów bocznych rdzenia, silniejsze po stronie prawej. Dopiero przeszukawszy ogromną seryę skrawków z całego rdzenia, znaleziono dwa pierwotne ogniska, w sznurach bocznych przy nasadzie tylnych rogów między 2 a 3 kręgiem szyjnym, pochodzenia prawdopodobnie zakaźnego. Dla odróżnienia swojej pierwotnej rdzeniowej postaci choroby Littlea nie umie podać D. żadnych znamiennych cech klinicznych; ze względu na rokowanie nie byłoby obojętnem cechy takie wynaleść.

Dr. Ciechanowski.

✝

ŚMIERĆ CESARZOWEJ ELŻBIETY.

Przerażająca wieść o strasznej zbrodni, spełnionej na osobie Monarchini austryackiej, wywarła wstrząsające wrażenie w całym świecie.

Dzieląc ze stanowiska obywatelskiego i wszechludzkiego bolesny cios, który spadł na koronowaną głowę Cesarza Franciszka Józefa i okrył żałobą ludy Austryi, nie potrafimy ukryć w sobie tego głębokiego żalu, który dziś przepełnia współczujące i wdzięczne serca nasze.

Śmierć jest krańcowym objawem życia i tak jak życie powinna być dziełem i skutkiem tylko tych rządzących światem praw, które wszechżycie do bytu powołały; śmierć zaś zadana na innej drodze, czy to ręką własną, czy wogóle ręką ludzką, będzie zawsze gwałtem, przemocą i zbrodnią, z którą nigdy nie pogodzi się sumienie ludzkie. Jakby na urągowisko tej wrodzonej etyce ludzkiej morderca Cesarzowej Elżbiety zatopił żelazo w serce tak ciche, tak oderwane od spraw i zabiegów codziennego życia, że bezprzykładna ta zbrodnia, o ile oburza, o tyle zdumiewa i mimowoli nasuwa myśl fanatyzmu, posuniętego do szaleństwa i opętania. Już od lat wielu, złamana szeregiem nieubłaganych ciosów, poświęciła Monarchini Austryi swój żywot wyłącznie dziełom dobroczynnym, ocierając łzę sierocie, dając opiekę choremu, przytułek sędziwemu i t. d. Żyjąc, jak miecznik po śmierci Maryi „więcej z Bogiem, mniej z ludźmi", obok dobrych uczynków, dusza Jej podziwiała dzieło Boże w cudach natury, w artystycznych wytworach geniuszów, w natchnieniu poetów. I taka istota, tak luźnie już z tym światem związana, pojąca się smutkiem Niobe, pada ofiarą bezgranicznej zwierzęcej zawiści! Ten kontrast między czystem, nieziemskiem życiem Cesarzowej Elżbiety, a motywami zbrodni, które tak cynicznie wypowiedział morderca, podnosi i uwydatnia tragiczność spełnionego w Genewie ohydnego czynu.

Oczy ludów Austryi zwracają się na ukochanego Monarchę, którego nieszczęścia wzruszyły do głębi obywateli tego państwa. Niedole ludzkie, które nakreśliła wyobraźnia Sofoklesa i Schakespeara, nie są jaskrawsze od gromów, spadających od szeregu lat na sędziwą głowę Franciszka Józefa. Dziś ten człowiek wielkiego serca, pan chrześciański, ojciec narodu, jak drugi Marek Aureliusz, nie ma z kim łez podzielić. O gdybyż to współczucie, które na wieść żałobną tak silnie, tak harmonijnie, zatętniało w sercach milionów, choć w części ukoiło ból Jego; gdyby błogosławieństwa, słane na Jego dostojną głowę, wybłagały dlań trwałe chwile pokoju! Wśród ludów Austryi jest naród, któremu los również nie szczędzi ciosów, który również łzami i krwią znaczy krzyżową drogę życia i również nie ma dziś nikogo w rodzinie narodów, z którymby swe bóle podzielił: odczuwa on cierpienia Cesarza Franciszka Józefa nie tylko miarą własnych cierni i bolów, lecz w sercu jego tkwi świadome i głębokie uczucie wdzięczności za wymierzoną mu sprawiedliwość, za opatrznościową tarczę, którą Franciszek Józef zasłonił bezbronną pierś polską. W przekonaniu, że jesteśmy szczerym wyrazem uczuć lekarzy polskich, łączymy głos nasz do harmonijnego chóru naszego społeczeństwa: niech Bóg da siłę i moc ducha ciężko doświadczanemu Monarsze, niech Mu użyczy pokoju na resztę sprawiedliwego Jego żywota.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 15 Września.

* Dzienniki donoszą, że ministerstwo oświaty zarządziło, ażeby z dniem 1-go stycznia 1899 r. równouprawnienie dyplomów lekarskich w obu częściach monarchii rakuzkiej zostało zniesione: austryaccy lekarze, chcący wykonywać praktykę zawodową na Węgrzech, będą musieli nostryfikować swoje dyplomy w jednej z wszechnic węgierskich i *vice versa*.

Niedawne to są czasy, w których dyplom, uzyskany w Insbruku, Pradze lub Gracu, nie dawał prawa do praktyki w Wiedniu; z biegiem czasu nietylko zniesiono tę śmieszną wyłączność, ale na licznych Zjazdach lekarskich uchwalono rezolucye, domagające się od rządów, aby dyplomy lekarskie zostały równouprawnione w tych wszystkich państwach, których program nauk gimnazyalnych i lekarskich stoi na tej samej stopie. W odpowiedzi na to słuszne żądanie najwięcej tu zainteresowanych kół lekarskich rząd cofa się na dawną drogę, bez żadnych znanych powodów. Przypuszczać należy, że jest to jeden z dalszych kroków, zmierzających do oddzielenia się Węgier od Austryi na każdem polu; lecz ze stanowiska wszechludzkiego postępu jest to krok wstecz, który może zadowolni ambicyę Węgrów, lecz chwały i wdzięczności nie przyniesie.

* Po trzyletnich usiłowaniach dobił się wreszcie prof. Behring patentu w Waszyngtonie dla swej surowicy przeciwbłoniczej. Prasa amerykańska i angielska dosadnemi słowami piętnuje to wprowadzenie niebywałych motywów sobkostwa i sklepikarstwa do pracowni uczonego. „Paediatrics“ pisze, że Behring zawdzięcza swój wynalazek geniuszowi Pasteura. Francuzka Akademia nauk nagrodziła, za zastosowanie surowiczego leczenia błonicy, nietylko Behringa, lecz i Rouxa. Nie ujmując jednak nic z istotnych zasług w tej sprawie Behringowi, „Paediatrics“ ciska mu w oczy odstępstwo od zasad kodeksu zawodowej etyki, które na zawsze splamiło zkądinąd zasłużone dostojeństwo tego męża uczonego. „Medical Age“ powiada, że dążność Behringa, do przyswojenia wyłącznie sobie wynalazku antytoksyny, świadczy nie tylko o jego merkantylnym duchu, lecz zdradza nielojalną chęć wyzyskania cudzych zasług na rzecz osobistych korzyści, co już wyraźnie przemawia za przewrotnością moralną. „The Lancet“ chciałby widzieć w tej walce o patent osobę fabrykanta, a nie Behringa; jeśli jednak rola tego ostatniego w tej sprawie nie była bierną, to boleć należy, że Behring przyłożył rękę do dzieła poniżającego, bezprzykładnego w dziejach naukowych medycyny. —

Już przed dwoma laty krążyły wieści, że ze strony Behringa próbowano kusić Rouxa, ażeby przystąpił do monopolu wyrobu „surowicy przeciwbłoniczej“, przyczem zaproponowano niezmiernie wysoką cenę tego środka leczniczego. Roux, kierując się nieprzedawnionemi zasadami godności naukowej, z szlachetną dumą odtrącił pokusę.

Zdrożny pomysł R. Kocha, który pierwszy miał nieszczęsną myśl zawarcia umowy z fabrykantem, pociągnął na tę samą drogę Behringa; ten ostatni poszedł jednak o krok dalej, gdyż wkroczył w zasłużone prawa innych, przypisując wyłącznie sobie chwałę wykrycia i zastosowania surowicy przeciwbłoniczej. Jenner, Pasteur, Lister, uszczęśliwiając ludzkość, nie myśleli o własnych korzyściach, to też czyste ich imię przekażą współcześni dalszym pokoleniom. Niemcy, początkując dziś odmienną etykę, nie powinni zapominać, że pojęcie wielkości człowieka wymaga, obok rozumu, godności, sumienia i nieskalanych sobkostwem rąk.

* Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie wyszło II-gie wydanie Podręcznika chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, napisanego przez prof. Dra W. Jaworskiego. Donosząc na razie w krótkiej wzmiance o pojawieniu się tego dzieła, które już w I-szem wydaniu zaliczono do najlepszych książek, które w ostatnich latach wyszły w polskim języku, zaznaczamy zarazem, że członkowie i prenumeratorowie otrzymają je bezpłatnie, jako premium za r. 1897.

* Dowiadujemy się, że prof. Laskowski z Genewy, tak zawsze chętny, gdy idzie o sprawę ogólną, przyjął godność członka komitetu polskiego na XIII. międzynarodowy Zjazd lekarski.

* Dr. Alfred Bass przygotowuje pracę o wpływie ustawy Kas chorych na położenie ekonomiczne lekarzy. Nie mogąc dostać potrzebnych dat statystycznych w drodze urzędowej, rozesłał on kwestyonaryusz, obejmujący 8 pytań. Ze względu na rozmiary, nie możemy przytoczyć w całości tego wezwania; sądzimy jednak, że z powodu ogólno-zawodowego charakteru zamierzonej pracy, należy się Dr. Bassowi dać wszelkie poparcie. Zatem ci lekarze, którzy mogą przyczynić się do wyjaśnienia tak ważnej sprawy i życzyliby posiadać wspomniany kwestyonaryusz, powinni o niego się upomnieć u autora (Czechy, Mariaschein). Dr. Bass wreszcie zapewnia, że nazwiska tych, którzy zadość uczynią jego wezwaniu, pozostaną w tajemnicy.

Sprostowanie. W artykule moim, ogłoszonym w "Przeglądzie lekarskim" Nr. 35 i 36 p. t. „Przypadek wągra w ciałku szklanem“, zaszła omyłka, a mianowicie na str. 432 wiersz 13-ty z dołu ma być: chora zauważyła, że na prawe oko nie widzi.

Przy tej sposobności pozwalam sobie uzupełnić najbardziej nas obchodzącą literaturę polską: prócz przypadków, zestawionych w artykule powyższym, Prof. Wicherkiewicz miał sposobność widzieć w Poznaniu dwa przypadki wągra w oku i to jeden pod siatkówką u młodego izraelity, drugi zaś dotyczył kobiety, u której Prof. Wicherkiewicz znalazł wągra w ciałku szklanem, i wydobył go cięciem południkowem. Bliższe szczegóły w obu przypadkach podane były w rocznych sprawozdaniach z Poznania. Prócz tego usunął Prof. Wicherkiewicz wągra umiejscowionego pod spojówką na klinice w Krakowie.

Tak więc liczba przypadków, ogłoszonych w literaturze polskiej, zwiększa się z 17-tu na 20. *Dr. Teodor Bałłaban.*

Mianowania i odznaczenia. Tytularny prof. nadzwyczajny Doc. Dr. Mosetig v. Moorhof mianowany został rzeczywistym nadzwyczajnym profesorem chirurgii w Uniw. wiedeńskim. Prof. nadzw. położnictwa i ginekologii w niemieckiej wszechnicy w Pradze, dr. A. Rosthorn, mianowany został prof. zwyczajnym w Gradcu. Doc. dr. K. Baas mianowany został prof. nadzw. okulistyki w Heidelbergu. Doc. dr. Schwarz — prof. nadzw. okulistyki w Lipsku.

Nekrologia. Dr. Władysław Nowakowski zmarł w Suchanowie, gub. moskiewskiej, w 68 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* (Nr. 37): Dra Pechkranza S.: Białkomocz, oraz ostre rozlane zapalenie nerek, w niektórych cierpieniach skóry. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 37): Dr. Hanickiego W.: Samoistna sedymentacya krwi, jako metoda badania klinicznego. Dra Zaleskiego K.: Kilka słów o zapaleniu płuc włóknikowem. W Przeglądzie Chirurgicznym (Tom IV, zeszyt I): Dr. Sawickiego B: Roman Jasiński (życiorys). Doc. Dr. Ciechanowskiego St.: Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza i powiększeniem gruczołu krokowego u starców. Dr. Kadera: Krzywa szyja pochodzenia mięśniowego (dok.). Dr. Guranowskiego: Przypadek podwójnego przewodu słuchowego. *W Nowinach lekarskich* Nr. 9 i 10: Dra Piska: Badania wstępne nad przyczynami promieniania bólów sercowych ku lewej kończynie górnej. Dra Krokiewicza: Dwa przypadki tężca urazowego (Tetanus traumaticus), z których jeden leczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej, a drugi antitoksyną. Dra Jerzykowskiego: O zapaleniu ropnem opon mózgowych u ssawców. Dra Holtzera: Przypadek porażenia Landryego.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Robiński Seweryn: Operiren oder Nichtoperiren bei Krebserkrankungen und andere zeitgemässe in besondere therapeutische Fragen. Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss, Behandlung und Heilung der Krebserkrankungen. Berlin, 1898.

— Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w r. 1895.

— Prof. Dr. Jaworski Walery: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej. Kraków, 1868. Nakład wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

Dr. Krokiewicz A.: Zwei Fälle von Tetanus traumaticus, von denen einer mit Gehirnemulsion, der andere mit Tetanus-antitoxininjectionen behandelt wurde (odbitka) Wiedeń, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla prenumeratorów w monarchii austryackiej zamieszkałych Nr. 3 czasopisma **„Humus“.**

Rok XXXVII. Kraków 24. Września 1898. Nr. 39.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra L. Rydygiera we Lwowie.

Pomysł do częściowej plastyki nosa.

Podał

Dr. M. W. Herman.

Dziś już ręka karzącej sprawiedliwości nie dybie na nosy ludzkie, mimo to nie znikli z powierzchni kuli ziemskiej ludzie z nadwerężonymi nosami. Nosów bowiem nie pomija choroba. Wilk czy kiła, nabłoniak czy inne tkankę niszczące cierpienia, obok uszkodzeń przypadkowych, sprowadzają nieraz częściowe braki nosa zewnętrznego, dotkliwie szpecące klasyczne nawet rysy. A oszpecenie to tak bywa nieznośnem, bo dla wszystkich widoczne i dla wszystkich wstrętne, że nawet tacy, których wymagania wogóle, a estetyczne w szczególności, nie wzniosły się zbytnio ponad poziom pierwotnej cywilizacyi, zgłaszają się po poradę do lekarza. I wtedy lekarz-operator ma przed sobą jedno z najwznioślejszych zadań do wykonania, gdyż możność uczynienia nieszczęśliwego — szczęśliwym. Bo że nos brzydki złamał niejedno życie, to rzecz nie tajna i temat nawet w literaturze pięknej wyzyskany.

Wszystkie do dziś podane sposoby starają się częściowe braki nosa pokryć materyałem, wziętym ze samego nosa lub z najbliższego otoczenia (policzka, wargi), posługując się płatkiem pojedyńczym. Bynajmniej na korzyść pierwszego sposobu nie możemy zapisać tej okoliczności, że kaleczy w dalszym ciągu i tak już brzydki nos, wywołując świeże, szerokie blizny, a ujemną stronę obu gromad zabiegów stanowi znów ta okoliczność, że płat pojedyńczy, nie podszewkowany, po krótszym lub dłuższym czasie kurczy się i to co w początku nieudolnie naśladowało naturę, później ją parodyuje. Niema potrzeby wyliczania wszystkich metod francuskich i niemieckich po imieniu. Szkoda na to czasu i miejsca. Ciekawy, dokładne zestawienie znajdzie w „Podręczniku chirurgii szczegółowej“ L. Rydygiera, T. I, str. 107 i n., w „Traité de chirurgie“, wydawanej przez S. Duplaya i Reclusa, Tom IV, str. 803—806 i w „Lehrbuch der speciellen Chirurgie“ Koeniga, wyd. VII, Tom I, str. 281—293. Najnowsza literatura, dotycząca częściowej plastyki nosa, również nie zbyt bogata. Znalazłem bowiem zaledwie dwa spostrzeżenia kazuistyczne, jedno v. Hackera (Beitr. z. klin, Chir. XVIII. 2) i drugie J. Preindsbergera (Wien. klin. Wchschr.. 1898, Nr 24), lecz w obu, poza odmianami dawniejszych sposobów, nic nowego nie spotkałem.

Zanim więc gieniusz chirurgii, dziś jeszcze pełen młodzieńczej energii, spłodzi coś, co będzie w tym kierunku doskonałem, niechaj mi wolno będzie przedstawić nowy sposób, o którym myślę, że lepszym będzie od niejednego z poprzednich. Niech więc powołani i ten pomysł rozważyć raczą i, przyjąwszy go do składu materyałów chirurgicznych, przypomną sobie o nim przy sposobności. Dobrze jest, przystępując do tak delikatnej roboty, jak załatanie nosa, mieć wybór w środkach, tem bardziej, że rozmaitość przypadków różnych wymaga sposobów. Zalecać go bezwzględnie nie śmiem. Nie widziałem bowiem, jak ten sposób wygląda, zastosowany w praktyce, a wypróbowałem go sam tylko na trupie. I naturalnie, podobał mi się. Tyle wstępu; teraz do rzeczy.

Jak już w tytule zaznaczyłem, chodzi mi o pokrycie częściowych braków nosa. Zdaje mi się, że braki te pokryćby można płatem podszewkowanym z policzka. Kształt i długość płatka będą zmienne, zależne od kształtu i rozmiarów braku, który pokryć chcemy. Zawsze jednak niezmienionem pozostanie to, że:

1) podstawa płatu usadowioną będzie tuż przy nosie, t. j. na granicy między tak zw. *regio nasalis* i *regio infraorbitalis;*

2) długa oś płatka przebiegać będzie poziomo, w kierunku ku skrawkowi (tragus) muszli usznej;

3) oś pozioma płatka mierzyć powinna $2^1/_3$ razy więcej, niż najdłuższy poziomy wymiar braku;

4) płatek na swym wolnym końcu powinien być ostro zakończony.

Wycinanie płatu skórnego, zupełnie powierzchownego, nawet bez zbytecznej tu podściółki tłuszczowej, nie może sprawić w tej okolicy obrażenia jakiegokolwiek ważniejszego narządu, gdyż tak nerw twarzowy, jak i przewód Stenona, leżą poniżej dolnej granicy płatu.

Obfite unaczynienie tej okolicy zapewnia dobre odżywienie płatu, gdyż, jakkolwiek podstawa jego położoną jest w miejscu odwrotnem głównemu kierunkowi naczyń, to liczne połączenia między tętnicami *(aa. infraorbitalis, angularis, labialis superficialis* i *transversa faciei)*, zapewnią mu dostateczny dowóz krwi.

Brak w skórze policzka da się pokryć dostatecznie przez założenie szwów. Nawet po wycięciu szerokiego płatu, brzegi przybliżyć się dadzą do siebie bez napięcia z powodu znacznej podatności skóry policzka. Jako ślad pozostanie pozioma, linijna blizna na twarzy, która, jeżeli szpeci, to stanowczo mniej niż niezupełny nos.

Rozszerzywszy zasady, przytoczone w 4 powyżej napisanych zdaniach, dodam pojedyńcze szczegóły.

Podstawa płatu powinna być tak szeroką, a nawet szerszą znacznie, niż wysokość ubytku i usadowioną w miejscu przecięcia się płaszczyzny bocznej nosa z płaszczyzną poli-

czka. Bo w ten jedynie sposób zapewnić możemy potrzebne odżywienie płatu i tak jedynie utworzyć można płat podszewkowany, bez naruszenia zachowanej jeszcze skóry na nosie.

Przebieg i kierunek osi, jakoteż wymiar długi płatu, tłómaczy dostatecznie sama istota sposobu. Zakończenie zaś wyciętego płatu pod kątem ostrym ułatwi znakomicie późniejsze pokrycie braku, powstałego u podstawy płatu, przez odpowiednie założenie szwów.

Kształt płatu stósować się musi do kształtu ubytku na nosie. W razie zupełnego braku części chrzęstnej najlepszą usługę oddadzą dwa płaty w kształcie poziomo wyciągniętego rombu, wycięte po obu stronach nosa (Rys. 3). Oba płaty, po oddzieleniu od podłoża, składamy we dwoje w miejscu krótszej osi prostopadłej i, odginając je ku linii środkowej nosa, przyszywamy górny brzeg blaszki zewnętrznej płatu podszewkowanego do okrwawionego górnego brzegu ubytku, a równocześnie zaszywamy ranę na policzku, korzystając z kątowatego zakończenia płatu, przy zaszywaniu braku w okolicy szypuły płatu (Rys. 2), bacząc na pilne i dokładne założenie szwów na ten właśnie kącik, gdyż i stąd należy się spodziewać dowozu krwi. A gdy odżywienie obu płatów nie będzie podlegać żadnej wątpliwości, można przystąpić do przycięcia i okrwawienia stykających się brzegów (t. j. miejsca załamania płatów) i zeszycia ich. Jeden romb pokryje oczywiście połowiczy brak części chrzęstnej (Rys. 1). Nieistniejące skrzydełko dorobić byłoby najlepiej z płatu wyciętego w kształcie dwóch częściowo nakrywających się kół (Rys. 4).



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.

Trudno rzecz całą dokładnie opisać, więc niechaj luki w słowach uzupełnią dołączone rysunki.

Nie łudzę się, że tu, jak i w każdej innej plastyce nosa, płat stale dążyć będzie do zmiany pierwotnego kształtu. Zwłaszcza po uzupełnieniu całkowicie brakującej części chrzęstnej, nowo utworzony koniec nosa zechce się przybliżyć do wargi i to tem łacniej, że ten sposób nie stwarza wcale przegrody nosowej, od której niektórzy zupełnie odstępują, ze względu na późniejszą drożność nozdrzy. Nie chodzi mi jednak wcale o istotną przegrodę nosową, ale raczej o podpórkę dla opadającego nosa, jaką np. Mikulicz stwarza z drutów emaliowanych. Nie wiem o ile to rusztowanie okazało się dobrem w praktyce, sądzę jednak, że niemiłem musi być uczucie chorego, noszącego jako część składową siebie samego, coś co jest wprawdzie jego, ale nie z niego. Inaczej, gdy takie ciało obce ukryć można tak, że i sam chory o niem nie wie! Może w jakimś szczególnie korzystnym przypadku podpórkę taką stworzyćby się udało przez odszczepienie wąskiej blaszki z dolnego brzegu zachowanej w górze stałej przegrody nosowej. Blaszka tak uwolniona od góry i przodu, miałaby swą stałą podstawę i szypułę odżywiającą z tyłu, a opuszczona ku dołowi i od wewnątrz wszyta w koniec nosa, unosiłaby go dostatecznie ku górze.

Nasuwa mi się inna jeszcze myśl. Wyrostek zębodołowy szczęki górnej mógłby dać podporę, o jaką tu chodzi. Do tego celu — wiedzie taka droga: cięciem poziomem oddzielić wargę górną od nosa i w okolicy wędzidełka wargi górnej otworzyć jamę ustną. Poczem od jamy ust, lub od zewnątrz przez nowo otworzoną furtkę, wyciąć ze środka przedniej powierzchni szczęki górnej wązki płatek śluzowo-okostnowo-kostny, mający szypułę w górze w okolicy *apertura pyriformis*. Tak utworzony płatek odłamać ku górze, wyprowadzić go z jamy ust do jamy nosowej przez poprzednio zrobiony otwór w wardze górnej i wszyć go w koniec nosa.

Lecz *„grau ist jede Theorie“*, a ta bardziej niż inne! W tych zatem przypadkach najlepiej spróbować wąziutkiej blaszki z celuloidu, odpowiednio przyciętej i wygiętej, któraby należało wgoić w środek podszewkowanego płatu, między dwie blaszki. Takie skrawki celuloidu, byle aseptyczne, łatwo i dobrze się wgajają (Al. Fränkel).

Rozumie się samo przez się, że w przypadku znacznych i głęboko sięgających zbliznowaceń skóry policzka po stronie ubytku na nosie, ten sposób nie może znaleść zastósowania.

Jak przeważna część operacyi plastycznych, tak i ta, nie da się ukończyć na jednem posiedzeniu. W I-szym akcie nie więcej możemy zrobić, jak tylko wyciąć płat, złożyć go we dwoje, okrwawić górny i tylny brzeg ubytku, który mamy pokryć, przyszyć do nich zewnętrzną blaszkę płatu i zaszyć ranę na policzku, zwracając szczególniejszą baczność na ostrokończysty koniec płatu, jak to już poprzednio nadmieniliśmy. W danym razie można już teraz w środek płatu włożyć odpowiednio przykrojoną płytkę celuloidową, ustalając jej położenie zapomocą paru szwów, łączących dolne brzegi blaszki zewnętrznej i wewnętrznej płatu. Kiedy się przekonamy, że odżywienie całego płatu jest dostateczne, że płat przyrósł w górze i w tyle, tam gdzieśmy go przyszyli i że obie blaszki zrosły się ze sobą, pora przystąpić do II-go aktu operacyi, do okrwawienia przedniego brzegu płatu, wymodelowania go i przyszycia tam, gdzie należy. Z tym drugim aktem śpieszyć się nie należy, zwłaszcza w razie zabiegu, wykonanego celem zastąpienia chrzęstnej części nosa w całości, gdyż wtedy, po okrwawieniu, przycięciu i zeszyciu ze sobą stykających się

brzegów obu płatów, odżywienie blaszki zewnętrznej może być narażone na poważne niebezpieczeństwo. Zbytkiem ostrożności i długiem wyczekiwaniem zgrzeszyć nie możemy.

Kiedy i ten akt skończy się pomyślnie dla chorego, pozostanie jeszcze do wykończenia akt trzeci i ostatni, mający na celu wyrównanie pewnych nierówności w okolicy podstawy płatu i w miejscu, odpowiadającem skrzydełkom nosa. Istniejący w tem miejscu nadmiar skóry z powodu załamania się płatu, może być tylko korzystną okolicznością, temci lepiej bowiem naśladować może przyrodzoną wypukłość a raczej kształt poduszeczkowaty skrzydełek.

II. O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych.

Wykład habilitacyjny

Dra J. Wiczkowskiego,

przełożonego pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

Już w roku 1872 Gull i Suttow piszą o *arterio-capillary-fibrosis;* sprawa stwardnienia rozwija się zarówno w ścianach naczyń nerkowych, jak i w ścianach innych tętnic, na osierdziu i na zastawkach. Scinmola stara się dowieść, że przyczyny wydzielania się białka w moczu, w chorobach nerkowych, nie trzeba szukać w pierwotnych zmianach w nerkach, tylko w zmienionym składzie chemizmu krwi, w zaburzonej zdolności przesączania się białka surowiczego. Wskutek zmian chemicznych krwi, najczęściej pod wpływem zboczeń w czynnościach skóry, białko łatwiej się przesącza, a przechodząc przez nerki, wywołuje w nich całą skalę zmian, od zwykłego przekrwienia aż do przewlekłego zapalenia śródmiąższowego. Tak zmieniony chemizm krwi musi naturalnie oddziałać i na inne tętnice i na serce. Jakkolwiek to są tylko teorye, nie dające się zastósować do każdego przypadku, to przecież przyznać należy, że są jakieś czynniki wewnętrzne, we krwi krążące, które mogą na ustrój oddziaływać niekorzystnie; zły ich wpływ może się objawić tak w sercu jak i w nerkach. Najczęstszą postacią zapalenia nerek w tych razach jest zapalenie śródmiąższowe, rozsiane zazwyczaj w obu nerkach. Obok tych czynników nieznanych, są inne bodźce etyologiczne, których szkodliwy wpływ na nerki rozciąga się na długi czas, na lata, a które zwykły już z miejsca wywoływać w śródmiąższu nerkowym zmiany, kończące się marskością nerek. Równocześnie odgrywają one pewną rolę i w etyologii miażdżycy tętnic, dlatego też często, wraz ze zmianami w nerkach, spostykamy wybitne zmiany w układzie naczyniowym i w sercu. Tu należą: dna, napoje wyskokowe, przewlekła kiła, cukrzyca i przewlekłe zatrucie ołowiem. Ponieważ układ naczyniowy pozostaje w ścisłym związku ze zmianami w nerkach, przeto w tych razach albo występują najpierw sprawy miażdżycowe w tętnicach, a następowo zmiany w nerkach; albo przewlekłe zapalenie nerek wywołuje w następstwie przerost serca i stwardnienie naczyń, lub też obie sprawy równorzędnie rozwijają się pod wpływem tych samych szkodliwych bodźców. Aby wyczerpać etyologię chorób nerkowych, wspomnieć wypada o ropnych zapaleniach nerek; te zostają wywołane przez urazy, zadane nerkom, zmiany nieżytowe, przenoszące się z dolnych dróg moczowych, a w szczególności nieżyty pęcherza i miedniczek nerkowych, czy to na tle miażdżycy tętnic, czy na tle piasku i kamyków, czy też z powodu rzeżączki lub nowotworów. Ropienie nerek może się wytworzyć przez przeniesienie zarazków pasorzytniczych z okolicy, a więc wśród *paranephritis, perityphlitis, parametritis, psoitis, peripsoitis,* lub też z ognisk ropnych gdziekolwiekbądź w ustroju umiejscowionych, n. p. wśród ropnicy.

Drugim, ważniejszym czynnikiem, z którym tak w rozpoznaniu, jak i rokowaniu liczyć się musimy, jest rozbiór moczu. Często, wobec niepewnych wywiadów i etyologii zapalenia nerek, jesteśmy zupełnie skazani na wynik rozbioru moczu, który nas ma pouczyć o rodzaju i okresie zapalenia nerek. Z góry winienem z naciskiem zaznaczyć, że, jak wogóle przy analizach wydzielin, nie można poprzestawać na jednorazowym rozbiorze moczu. Trzeba dłuższy czas badać mocz ranny, wieczorny, mocz zebrany z całej doby, oznaczać ilość wydzielonego moczu, bo dopiero na podstawie tak przeprowadzonego spostrzegania rozbiór moczu może dopomódz do ścisłego rozpoznania i wiernego rokowania. Zdaje mi się, że to, co powiem w sprawie rozbioru moczu, zyska na wadze, gdy się poszczycę kilkunastu tysiącami tych rozbiorów, których sam dokonałem.

Już same własności fizyczne moczu mogą nam nastręczyć cenne wskazówki. Ponieważ zachowanie się moczu, co do ilości, zabarwienia i ciężaru gatunkowego, idzie zwykle w parze, dlatego razem o nich pomówię. W ostrem zapaleniu nerek mocz jest barwy wysycono-winnej, częstokroć z odcieniem krwawo-czerwonym, lub bywa brunatno-czerwonym z powodu methemoglobiny. Takie samo zabarwienie przybierze mocz, gdy sprawa przewlekła się zaostrzy. Mocz jest zmącony moczanami, leukocytami, czerwonymi ciałkami krwi i innymi składnikami morfotycznymi. Ilość moczu jest małą, zmniejszyć się może do *minimum* i do bezmoczu; ciężar gatunkowy wysoki, 1·028—1·049. W przebiegu zastoin w nerkach mocz jest także barwy wysycono-winnej, zmącony, skąpy, okazuje wysoki ciężar gatunkowy; jednak cechującą jest różnicą, że nigdy nie zawiera krwi w takiej ilości, aby ta mogła nadać mu barwę mięsa, lub krwawo-czerwoną. Wydarzyć się może, że w przebiegu zastoin w nerkach nagle okaże się krew w moczu; jednak w tym razie wnioskować należy o nawale krwawym w nerkach, zwłaszcza gdy istnieje dostateczna przyczyna do wytłómaczenia nawału, jak np. wady zastawkowe, zapalenie śródsierdzia lub osierdzia, i gdy krew wystąpiła wśród silnego bólu w nerkach, bez gorączki.

W przewlekłem miąższowem zapaleniu barwa moczu bywa różna, zależnie od okresu i natężenia choroby, od brunatno-krwawo-czerwonej do blado-żółtej, z odcieniem zielonkowatem. Zwykle mocz bywa mętny i to tem więcej, im mniej się go wydziela, co znów zależy od mniej lub więcej silnie rozwiniętych obrzęków. Także stósownie do tego waha się w szerokich granicach ilość moczu i jego ciężar gatunkowy. Zmniejszenie się nagłe lub ciągłe ilości moczu może mieć znaczenie prognostyczne co do zagrażającej mocznicy; może, lecz nie musi. W przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu mocz jest blady z odcieniem zielonkowatym, niekiedy nawet wodnisty, przeźroczysty, o nizkim ciężarze gatunkowym, spadającym do 1,005. Charakterystycznem jest, że nawet wtedy, gdy się ilość moczu zmniejsza z powodu osłabienia akcyi serca, ciężar gatunkowy stosunkowo się nie pod-

nosi. Równorzędnie z ilością moczu zwiększa się pragnienie, które samo przez się może naprowadzić na cierpienie nerkowe, a mianowicie na przewlekłe zapalenie śródmiąższowe, jeżeli wykluczymy cukrzycę i znaczne rozdęcie żołądka. W zwyrodnieniu amyloidowem nerek mocz jest jasny, przeźroczysty, prawie bezbarwny. Wśród zapalenia ropnego w nerkach mocz jest zmącony znaczną ilością leukocytów, które pozostają długo w zawieszeniu i nie tak łatwo osadzają się na dnie naczynia. W pierwotnej gruźlicy nerek mocz jest również zmącony z powodu znacznej ilości leukocytów; może być i krwawo-czerwono zabarwiony. W tym razie charakterystyczne jest znaczne parcie na mocz, które objawia się przy zdrowym pęcherzu, a nawet niekiedy, gdy mocz jest czysty, nie zmącony leukocytami. Nadto ważnem jest wykazanie prątków gruźliczych, których szukać należy w masie drobnoziarnistej rozpadowej. Jednak nie zawsze można je wykazać tak, że brak ich nie wyklucza gruźlicy nerek, gdy podejrzenie skądinąd jest uzasadnione; z drugiej strony nawet, gdy się wykaże znanym sposobem prątki, to i te jeszcze nie dowodzą gruźlicy, gdyż w częściach zewnętrznych płciowych męskich i żeńskich znajdują się prątki, które pod względem zabarwienia się, kształtu, wielkości zachowują się zupełnie tak samo jak prątki gruźlicze, różnią się tylko odmienną hodowlą. Wogóle należy bardzo skrzętnie i ostrożnie badać, aby na podstawie rozbioru moczu rozpoznać gruźlicę w drogach moczowych. Dalej należy tu uwzględnić zachowanie się moczu w nowotworach rakowych, szczególnie wtedy, gdy nie można dokładnie wyczuć guza. W tych razach może często nie być żadnych zmian w moczu, ale występują krwotoki okresowe, lub ciągle się powtarzające. Mocz więc bywa brunatno-krwawo-czerwono zabarwiony, zwykle oddziaływania kwaśnego, mimo obecności w moczu znacznej ilości krwi. Stosunek ciałek czerwonych krwi do leukocytów taki sam, jak we krwi i jak wogóle w krwotokach nerkowych. Jeżeli zaś znajdziemy znaczniejszą ilość leukocytów, należy się oglądnąć za inną przyczyną krwotoku, chyba że się do nowotworu przyłączy nieżyt miedniczek nerkowych i pęcherza. Szczęściem, jeżeli się nowotwór zdradzi charakterystycznymi szczątkami; według mnie podejrzenie na nowotwór jest bardzo usprawiedliwione, gdy obok krwotoków nerkowych stale w osadzie moczu znajdują się różnokształtne komórki przybłonkowe i to w znaczniejszej ilości. Dalej krwotoki nerkowe mogą być wywołane przez piasek i kamyczki, umiejscowione w miedniczkach nerkowych. W tym razie obecność wielkiej ilości kryształków kwasu moczowego, szczególnie w kształcie lancetowatym lub kryształków szczawianu wapniowego i to pojedyńczo lub w gromadkach, lub znajdujących się w odłamkach obok pewnych danych klinicznych, jest rozstrzygającą, szczególnie gdy krwotok rychło mija, białko ustępuje, znikają inne składniki morfotyczne, między nimi mogą być i wałeczki, pozostaje zaś sprawa krwotoku, t. j. kryształki wyżej wymienione. Oddziaływanie moczu bywa mniej lub więcej kwaśne we wszystkich postaciach zapaleń nerkowych, czasem tylko słabo alkaliczne gdy ilość moczu jest wielką, jak w przewlekłem zapaleniu śródmiąższowem. Mocz oddziaływa kwaśno, a nawet wybitnie kwaśno, mimo znacznej ilości leukocytów w nim zawartych, gdy leukocyty z nerek pochodzą, objaw dość charakterystyczny i stały przy odróżnieniu ropień czysto nerkowych od ropień pęcherzowych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

W sprawie artykułu Dra K. Lewkowicza p. t.: „O szerzeniu się zimnicy i możliwości zapobiegania jej endemiom", umieszczonego w Nrze 33 „Przeglądu Lek.", otrzymaliśmy dwa listy, które poniżej, wraz z odpowiedzią Dra Lewkowicza, — umieszczamy:

I. W sprawie szerzenia się zimnicy.

W obrazie etyologii zimnicy, zarysowanym przez Dra K. Lewkowicza (patrz „Przegląd Lek.", Nr. 33) istnieją dla mnie pewne niedomówienia.

Wiadomo, że chorzy, opuszczający miejsca endemią zimniczą dotknięte, o wiele łatwiej się tego cierpienia pozbywają, aniżeli pozostający w takich okolicach.

Gdyby ci ostatni ulegali trwale chorobie dla tego, że są wystawieni na coraz to nowe zarażenie przez komary, natenczas dziwnąby była stałość typu zimnicy, jaką widzimy u nawiedzonego tą chorobą. Bo jakkolwiek u nas spotykamy przeważnie zimnicę trzeciaczkową, a napad poczynający się zrana, to jednak bywają miejscowości, gdzie istnieją różne typy; więc gdyby trwanie zimnicy miało zależeć od ponownego zakażenia się, to powtarzam, dziwnemby było, dla czego na pewnego osobnika przenoszą komary stale tylko o pewnej godzinie dnia jedną z postaci zimnicy. Wszak nawet długotrwałe przypadki nie zmieniają zazwyczaj typu, a poprawa przychodzi po opuszczeniu miejscowości malarycznej.

Przeciw takiemu tłómaczeniu uporczywości trwania zimnicy przemawia zresztą fakt powrotu tej choroby w czasie surowej zimy, kiedy o ponownem zarażeniu (przez komary) mowy być nie może. Pasorzyty przez czas długi mogą się we krwi chować, nie potrzebując odnowy z zewnątrz.

To też fakt, że opuszczenie miejscowości zimniczej jest w wielu przypadkach najdzielniejszym środkiem leczniczym, powinien, zdaniem mojem, być poważnie pod uwagę branym przy rozstrzasaniu przyczyn zimnicy. Przemawia on za tem, że w etyologii tego cierpienia nie tylko zarażenie przez komary gra rolę, ale i inne jakieś, nieznane czynniki.

Nieznane, nie znaczy to jednak, by miały być zapoznawane.

Łódź, 28 Sierpnia 1898 r.

Seweryn Sterling.

II. Kilka uwag z powodu artykułu kol. Lewkowicza,
p. t „*O szerzeniu się zimnicy i możliwości skutecznego zapobiegania jej endemiom*".

W artykule umieszczonym w Nrze 33 „Przeglądu Lekarskiego" podaje kol. Lewkowicz projekt, aby całą ludność okolic zimniczych poddać leczeniu chininowemu, trwającemu 2 tygodnie. Ma ono mieć na celu wyleczenie wszystkich przypadków zimnicy, a tem samem usunięcie tej choroby z powierzchni ziemi. Rozpatrując bliżej ten projekt, musimy go uznać za chybiony, nie prowadzący do zamierzonego celu.

Nie jest moim zamiarem poddawać rozbiorowi patogenetycznych podstaw pomysłu kolegi L., który sam uznaje, że są one tylko przypuszczalne, a mogą się okazać niepewnemi. Nawiasowo tylko zauważę, iż rozprawa kolegi L. nie tłómaczy dostatecznie, dlaczego Koch, zarówno jak i kol. L., obwiniają głównie komary (i mustyki), o przeszczepianie zimnicy, a pomijają milczeniem inne rodzaje muchówek, jakoteż pchły i pluskwy, wogóle inne owady żyjące w naszem podniebiu, które ranią człowieka do krwi, a przeto również mogłyby być posądzone o przenoszenie pasorzytów zimniczych z ludzi chorych na zdrowych.

Ale gdyby nawet badania, w tym kierunku prowadzone, okazały zupełną słuszność tej teoryi, w niczemby to nie wpłynęło na wartość wniosku kolegi L., ponieważ terapeutyczna jego zasada jest błędną. Mianowicie, kol. L. utrzymuje [1]), że chinina zabija wszystkie pasorzyty zimnicze, we

[1]) Por. „Przegląd Lek.", Nr. 28, str. 344.

krwi się znajdujące i leczy wszystkie bez wyjątku przypadki zimnicy naszego klimatu. Oczywiście jest to twierdzenie nowe, dotychczas w nauce niewygłoszone, a nadto sprzeczne ze zdaniem i doświadczeniem klinicystów i autorów piszących o tym przedmiocie, którzy wszyscy dotychczas zgodnie sądzą, że chinina w zimnicy nie jest środkiem bezwzględnie pewnym. Przytoczę ogłoszone w naszym „Przeglądzie Lek." spostrzeżenia prof. Pareńskiego i S. Blatteisa z roku 1893 na str. 3, o przypadkach zimnicy z plasmodyami półksiężycowemi, opierającemi się działaniu chininy, a dalej autorowie ci powiadają: „Wspomnieć musimy o dwóch przypadkach, w których podawanie chininy nie wywarło żadnego skutku i nie było w stanie usunąć ze krwi śródciałkowych plasmodyów". Już te przypadki, metodycznie spostrzegane, osłabiają apodyktyczność twierdzenia kolegi L. Dalej przemawia przeciw niemu również i moje doświadczenie, oparte na materyale obfitym (przeszło 1000 chorych na zimnicę rocznie), który częściowo obserwuję w tutejszym szpitalu i rozpoznanie stwierdzam mikroskopowem badaniem krwi, co uważam za najważniejsze, przy ciągłej styczności z ludem, wielu chorych mam w dłuższej obserwacyi po opuszczeniu szpitala, a przynajmniej łatwo mi zasięgnąć wiadomości o wynikach przeprowadzonego leczenia. Otóż przekonałem się, że przypadki, w których chinina nie usuwa napadów zimniczych (wzgl. gorączki), należą do wyjątkowo rzadkich, ale przecież się zdarzających; tak np. w lipcu b. r. spostrzegałem przypadek, gdzie po wyżyciu 11 gramów chininy, w przeciągu 8 dni, chora dalej gorączkowała i miała bardzo liczne śródciałkowe *amoeby* we krwi.

Natomiast bardzo często napotykam przypadki, gdzie chinina, używana w dostatecznej ilości i w odpowiedni sposób, usuwa na razie napady zimnicze (i pasorzyty z krwi obwodowej); a pomimo tego zakażenie zimnicze nie ustępuje, ale się utaja i trwa dalej; objawia się ono często niedokrewnością, zaburzeniami w trawieniu, nieżytem oskrzelowym, osłabieniem ogólnem, powiększeniem śledziony.

Plasmodyów we krwi wykazać nie można, chinina, podawana nawet tygodniami i miesiącami, stanu tego nie usuwa i prędzej albo później występują znowu typowe napady zimnicze.

Chory dobrze odżywiony, posiadający większy zasób sił żywotnych, a nie przyzwyczajony do zwracania uwagi na objawy somatyczne, podczas tych dłuższych przerw (intermisyi) nie doznaje żadnych dolegliwości, ani nawet przedmiotowo (prócz obrzęku śledziony), żadnych objawów wykazać nie można. A jednakowoż, gdy w pewien czas po ukończeniu leczenia chininowego, występuje nawrót zimnicy o tym samym torze gorączkowym, z tym samym szeregiem objawów towarzyszących i gdy przytem, badając krew, znajduję ten sam gatunek pasorzytów, wówczas rozpoznaję u chorego nie nowe zakażenie, lecz nawrót zakażenia pierwotnego, które było przez pewien czas utajonem. Takich przypadków spostrzegałem bardzo znaczną liczbę; wiele z nich (np. we własnej rodzinie) miałem w bardzo dokładnej obserwacyi. Niech mi tu wolno będzie przytoczyć wybitny przypadek tego rodzaju, spostrzegany w klinice lekarskiej krakowskiej: chory, u którego rozpoznanie zimnicy było stwierdzone badaniem krwi, ciągle ulegał jej nawrotom, pomimo, iż przez $2\frac{1}{2}$ miesiące zażywał z małymi przestankami, po 1—2 gramów chininy dziennie. Prof. Korczyński tłómaczył tego rodzaju przypadki w ten sposób, że wśród tkanek ustroju istnieją niejako schroniska (asyla) dla pasorzytów zimniczych (np. w śledzionie), dokąd, wskutek pewnych właściwości krążenia krwi, czy też endosmozy, zażyta chinina nie dochodzi w dostatecznej ilości, aby mogła tam zarazki doszczętnie wygubić.

Również można myśleć o rozmaitej oporności na działanie chininy u poszczególnych osobników pasorzytniczych, albowiem można zauważyć, że po małej dawce chininy tylko część pasorzytów we krwi ginie, część zaś pozostaje, lecz ich ilość znacznie się zmniejsza; a napady, chociaż słabsze, trwają dalej.

Skoro więc, pomimo używania przez czas dłuższy dużych dawek chininy, zdoła się gdziekolwiek w ustroju utrzymać przy życiu tylko kilka pasorzytów, a chociażby nawet jeden, to oczywiście badanie krwi z palca wcale ich nie wykaże, a one pomimo tego będą i, po pewnym czasie, znów wywołują napady zimnicze. W tych więc przypadkach, niemożność znalezienia pasorzytów we krwi obwodowej, nie dowodzi jeszcze doszczętnego wyleczenia zimnicy; a dopiero dłuższa następowa obserwacya może rozstrzygnąć, czy ono istotnie nastąpiło.

W szczególności zaś wyniki moich doświadczeń w przedmiocie działania chininy na przypadki zimnicy z pasorzytami półksiężycowymi są zupełnie odmienne od spostrzeżeń kolegi L. Mianowicie przekonałem się wielokrotnie, że chinina w tej postaci zimnicy usuwa napady i gorączkę na czas bardzo krótki, nie wpływa zaś wcale na znachodzenie się półksiężyców i ich ilość we krwi, nawet przy dłuższem podawaniu leku; gdy chory zaprzestanie go używać, nawroty występują tak szybko, że to jest poniekąd charakterystyczną właściwością tej postaci zimnicy. Trwałe wyniki leczenia tych przypadków miałem dotychczas wyłącznie po podawaniu błękitu metylenowego. Tak więc i pod tym względem własnem doświadczeniem potwierdzić mogę wyniki badań dawniejszych, a różnicę zdania kolegi L. tłómaczę głównie tem, że chorzy, wypuszczeni ze szpitala, zbyt prędko uchylali się od dalszej obserwacyi, gdy kolega L. uważał ich już za wyleczonych. Jest możliwem, że jednostajność materyału (wyłącznie bowiem badał kol. L. dzieci) również wpłynęła na odrębność wyników. Tak tedy przychodzimy do przekonania, że podawanie chininy całym masom ludności, według wniosku kolegi L., nie doprowadziłoby do zamierzonego skutku, to jest nie wyleczyłoby trwale wszystkich chorych na zimnicę, nawet w niektórych przypadkach nie usunęłoby gorączki, a bynajmniej nie zgładziłoby wszystkich pasorzytów zimniczych.

Nadto można przewidzieć szkody, jakie to postępowanie mieć będzie: że osoby, mające idyosynkrazyę do chininy, 2-tygodniowe zażywanie dużych dawek przepłacą życiem; a ponieważ chinina działa jako *abortivum*, skutkiem wykonania planów kolegi L. wystąpią liczne poronienia. Także w praktycznem wykonaniu projekt ten napotka nieprzezwyciężone trudności, bo ani istniejące drzewa chinowe i dotychczasowa fabrykacya alkaloidu nie wystarczą dla tak olbrzymiego zapotrzebowania, ani też nie znajdzie się państwo ani prywatna osoba, którąby ofiarowała tyle milionów dla tak problematycznego celu. Wreszcie ludność zdrową, a po części i chorą, w okolicach zimniczych, chyba przemocą i pod grozą bagnetów możnaby było zmusić do znoszenia ubocznych objawów chininy przez 2 tygodnie. Wniosek ten przeto należy uznać za zbyt pospieszny; natomiast w sprawach poruszonych przez kolegę L. znajduje się inna rzecz, posiadająca dla naszego kraju bez porównania ważniejsze znaczenie.

Podnieść bowiem potrzeba, że zimnica jest u nas większą plagą, niż to powszechnie się mniema. Przyzwyczaiwszy w moim okręgu sanitarnym ludność do rozpoznawania zimnicy (której dawniej u dzieci wieśniacy tutejsi wcale nie uznawali), znajduję w sprawozdaniach oglądaczy około $\frac{1}{2}$‰ śmierci wśród napadów zimniczych, a przypadki te, zdarzające się głównie u dzieci, niejednokrotnie następowo stwierdziłem wywiadami u rodziny zmarłego i oglądaniem zwłok (przyczem znajduję zabarwienie ziemiste skóry). Na tej podstawie sądzę, że zimnica złośliwa (int. perniciosa) nie jest wcale zjawiskiem wyjątkowem w mojej okolicy, a owszem wpływa na ogólną liczbę śmiertelności. Gdy nadto uważam często przypadki śmierci z zapalenia płuc, lub biegunki, przyłączającej się do zimnicy u dzieci, to przez doliczenie tych przypadków wzrośnie jeszcze bardziej odsetek śmiertelności, spowodowanej przez zimnicę.

Skłonny jestem przypuścić, że tak samo dzieje się nietylko w okręgu moszczańskim, ale i w wielu innych bagnistych okolicach kraju, w dorzeczu Wisły, Dniestru i ich

dopływów i że zimnica należy do najważniejszych przyczyn wysokiego odsetka śmiertelności w Galicyi. Przypuszczenie moje popiera fakt, że w powiatach górskich (Limanowa, Gorlice, Jasło, Krosno), które ani pod względem ekonomicznym ani higienicznym nie stoją wyżej od innych, gdzie jednak zimnica się nie pojawia, śmiertelność wogóle, a zwłaszcza u dzieci poniżej 5 roku życia, jest najmniejszą.

Ze częstość przypadków śmierci z powodu zimnicy dotychczas dostatecznie się nie ujawniła, pochodzi to stąd, że przypadki śmiertelne z zimnicy są po największej części wcale nie leczone przez lekarzy i nie rozpoznane przez otoczenie i wiejskich oglądaczy zwłok, co do właściwej przyczyny śmierci, a przeto do wiadomości ogółu nie dochodzą.

A z tych powodów sprawa leczenia zimnicy, zwłaszcza u dzieci, ma pierwszorzędną wagę i znaczenie dla ogólnych zdrowotnych stosunków kraju. Leczenie bowiem zapomocą chininy, w klinice i szpitalu w każdym przypadku wykonalne (wewnętrznie lub w lawatywie, w postaci czopków, wreszcie podskórnie), w praktyce wiejskiej z konieczności ogranicza się do podawania wewnętrznego, a ta metoda u dzieci daje wyniki zgoła już niedostateczne. Dziecko bowiem często podaną dawkę zwymiotuje; a gdy nawet ją zatrzyma, to następnemu użyciu leku stawia taki opór, że matki dalszego podawania zaprzestają, zwłaszcza gdy pierwsza dawka usunęła napady. A skutkiem tego nawet leczone dzieci używają za mało chininy; nawroty rychło następują, co jeszcze bardziej do leczenia zniechęca. A zatem gorzki smak chininy należy do przyczyn, które leczenie dzieci wogóle czyni tak niepopularnem wśród ludu.

Wobec tego należy powitać dawno oczekiwany wynalazek środka przeciwzimniczego, pozbawionego przykrego smaku, t. j. euchininy, jako fakt wielkiej doniosłości. Przetwór ten, działający pewnie i korzystnie, w niektórych przypadkach usuwa zimnicę trwale, gdy przedtem podawane inne przetwory chininy zawiodły; ma on w leczeniu dzieci wieśniaczych wielką przyszłość przed sobą i można się spodziewać, że jako środek łatwy do stósowania, gdy stanieje, będzie dawać bez porównania lepsze wyniki, niż chinina, gdyż dzieci go nie wymiotują i łatwo dają się skłonić do dłuższego zażywania. A gdy się ten środek upowszechni (ewentualnie przy pomocy władz rządowych), wzrośnie wogóle zaufanie ludności wiejskiej do leczenia i do lekarzy, co niewątpliwie przyczyni się do zmniejszenia odsetka śmiertelności.

W Moszczanach, dnia 5 września, 1898.

Dr. Zenon Grossek,
lekarz okręgowy.

Na listy Drów Sterlinga i Grosseka dał Dr. Lewkowicz następującą odpowiedź:

I. Odpowiedź Dr. Sterlingowi.

Dr. Sterling nie może sobie wytłómaczyć, dlaczego przy nawrotach zimnicy tor gorączki się nie zmienia, chociaż leczenie chininowe sprowadzać ma zupełne wyleczenie. Otóż wcale nie myślałem twierdzić, że każde leczenie chininowe, które na razie usunęło napady, znosi w zupełności zakażenie zimnicze. Owszem, po niewystarczającem leczeniu, które niekiedy w celach doświadczalnych na klinice stósowałem, występował często widocznie, bez powtórnego zakażenia, nawrót choroby i to dopiero po kilku tygodniach.

Co się tyczy drugiego zarzutu, że mogą istnieć przypadki, w których zimnica opiera się leczeniu chininą, a ustępuje dopiero po opuszczeniu okolic zimniczych przez chorego, to nie ulegałoby wątpliwości, że podania te opierają się chyba zawsze na mylnem rozpoznaniu. Mojem zdaniem dowodziłaby tego już sama bezskuteczność chininy, ale ostatecznie jedynie badanie krwi i dłuższa obserwacya, bez podania, lub po usunięciu wszelkich środków przeciwzimniczych, mogłaby sprawę rozjaśnić. Zapewne najczęściej chodzi o sprawy pozimnicze, które lekarza, nie mogącego się posłużyć badaniem krwi, łatwo wprowadzają na błędną drogę. Same przez się, lub też przez rozwijające się na ich tle wtórorzędne choroby, sprowadzają one różne zaburzenia i objawy, zwykle za zimnicze uważane, a właściwie nic nie mające wspólnego z zimnicą, gdyż nie polegające na obecności pasorzytów zimniczych, stąd też i nie ustępujące po zastósowaniu chininy. Zmiana miejsca pobytu może wpłynąć korzystnie na usunięcie, lub zmniejszenie tych zmian pozimniczych; niedokrewności, obrzęków miąższowych narządów jamy brzusznej i t. d., a temsamem i na przypady, które się w ich następstwie rozwinęły. Nie można jednak na podstawie podobnych przypadków twierdzić, że opuszczenie okolic zimniczych może być kiedykolwiek najdzielniejszym środkiem w leczeniu zimnicy.

II. Odpowiedź Dr. Grossekowi.

Głównym zarzutem Dr. Grosseka, z jakim występuje przeciw memu projektowi wyniszczenia zimnicy, ma być okoliczność, że chinina w pewnych przypadkach zimnicy zupełnie zawodzi, nawet przy dłuższem stósowaniu. Twierdzenie to stara się on poprzeć powagą wszystkich bez wyjątku autorów, którzy w zakresie zimnicy pracowali, a przeciwne moje zapatrywanie nazywa zupełnie nowem. Tymczasem mogę się powołać na spostrzeżenia Marchouda [1]), który stanowczo oświadcza, że chinina przy zimnicy jest środkiem bezwzględnie pewnym, a te przypadki, w których ona nie działa, okazują się zawsze czem innem, a nie zimnicą, a więc np. gruźlicą, lub, jak to sam autor stwierdził na kilku przypadkach, durem brzusznym. Spostrzeżenia te dowodzą zarazem, że nie do jednostronności mego materyału, do doświadczeń wykonanych wyłącznie na dzieciach, należy odnieść dobre wyniki przy leczeniu chininą, lecz jedynie do ścisłości rozpoznania, opartego, podobnie jak u Marchouda, zawsze na badaniu krwi.

Wprawdzie i w przypadkach kol. Grosseka, które tak są dla mego zapatrywania niekorzystne, rozpoznanie ma być ścisłe, gdyż na badaniu krwi oparte; można jednak pod tym względem mieć pewne wątpliwości. Wszakże wiadomem jest, jak to wykazał Wernicki, że niektórzy badacze uważali przez cały szereg lat pewne składniki prawidłowej krwi za pasorzyty zimnicze, mianowicie za ich zarodniki, dopóki się nie okazało, że chodzi tu głównie o ziarninę rozpadłych ciałek białych. O wiele łatwiej taka lub podobna pomyłka mogła się zdarzyć kol. Grossekowi i stać się powodem jego złych, lub nietrwałych wyników przy stósowaniu chininy. Z drugiej strony możebnem jest, że kol. Grossek w swych przypadkach przeoczył jakie inne choroby gorączkowe, które nie ustępują po podaniu chininy, a mogły istnieć obok zimnicy, przez badanie krwi niewątpliwie stwierdzić się dającej.

Przypadki Pareńskiego i Blatteisa, którzy zresztą mają tę zasługę, że pierwsi u nas spostrzegali i opisali zimnicę na tle półksiężyców, także nie wiele dowodzą, zbyt bowiem krótko były obserwowane i zbyt pospiesznie, nie czekając na ostateczny wynik podawania chininy, przechodzono do błękitu metylenowego. To samo zapewne możnaby powiedzieć o odpowiednich spostrzeżeniach kol. Grosseka. Z kilku moich doświadczeń, z których jedno ogłoszonem zostało przy sposobności omawiania skuteczności euchininy [2]), okazuje się, że półksiężyce nawet po dłużej (8 dni) trwającem stósowaniu chininy mogą się wprawdzie utrzymywać we krwi przez kilkanaście dni; są to jednak twory widocznie już w żywotności upośledzone, nie zdolne do rozmnażania się i ginące w końcu bez śladu. Gdyby w naszych przypadkach w tym okresie, w którym przestano podawać chininę, a w którym półksiężyce można było jeszcze stwierdzić, podany został błękit metylenowy, to ostateczne ustąpienie pasorzytów i wyleczenie odniosłoby się łatwo do tego leku, a to byłoby, jak się okazuje błędnem.

Nie uzasadniony jest także zarzut, żeby moje spostrzeżenia trwały krótko, gdyż niektóre przypadki, po odstawieniu chininy, pozostawały na klinice po parę miesięcy.

---

[1]) Annales de l'institut Pasteur, 1897 czy 1898.
[2]) Przegląd lekarski, Nr. 33. 1898.

Jednem słowem, chociaż nie mogę przytoczyć bezwzględnego dowodu na to, że spostrzeżenie innych autorów, które dla skuteczności chininy wypadły niekorzystnie, są mylne, to przecież muszę to uważać za prawdopodobne wobec faktu, że można przeciw nim podnieść rozmaite zarzuty i że w moim materyale klinicznym z dwóch lat zebranym, a bardzo licznym, gdyż już w roku bieżącym dochodzącym do setki, nigdy się z podobnymi przypadkami nie spotkałem. To też, mimo pełnej świadomości tej sprzeczności, jaka zachodzi między memi zapatrywaniami, a doświadczeniem innych autorów, mogę się, jako podstawą do wyciągania wniosków, posługiwać tylko własnym materyałem.

Co do samego przeprowadzenia projektów wytępienia zimnicy, to nikt chyba nie będzie myślał o zastósowaniu go w większych rozmiarach, dopóki nie zostanie wypróbowany w małych. Jeżeliby próby wypadły korzystnie, wtedy i wyniki szerszego zastósowania przestaną być problematyczne. Trudności, na jakieby zastósowanie projektu natrafić mogło, dałyby się wtedy niewątpliwie pokonać, bo przecież i zaprowadzenie szczepienia ochronnego przeciw ospie miało początkowo wielkie przeszkody do pokonania, a obecnie, w niektórych przynajmniej krajach, na całej ludności przymusowo jest stósowane. Niebezpieczeństwa, z któremi to postępowanie mogłoby być połączone, jeżeli wogóle istnieją, są nadzwyczaj małe; wreszcie znalazłyby się niezawodnie drogi do ich ominięcia.

Zakopane 10. IX. 1898.

Dr. Ksawery Lewkowicz.

IV. Wyciągi.

Kraft-Ebbing: **O wiądzie rdzenia** (wykład kliniczny). *(Allgem. Wiener. med. Ztg.* 1898, Nr. 30, 31, 32, 33). Wiąd rdzenia polega według dzisiejszych pojęć anatomicznie na pierwotnym zaniku tylnych korzonków, który zajmuje także włókna osiowe (przeciwnie, niż stwardnienie rozsiane). Na miejscu tkanki nerwowej buja neuroglia. Dawniej uważano wiąd za systematyczne schorzenie rdzenia. Niewątpliwie pewien odcinek sznurów tylnych jest w wiądzie zawsze sprawą chorobową zajęty, a mianowicie zewnętrzna część sznurów tylnych, tzw. sznury klinowate. Sprawa zaczyna się najczęściej w części lędźwiowej, przechodząc szybko na część krzyżową i piersiową rdzenia; bardzo rzadko natomiast jest pierwotną siedzibą choroby rdzeń szyjny. A wówczas bezład pojawia się wcześniej w kończynach górnych, niż dolnych. Za systematyczne schorzenie rdzenia nie można wiądu uważać dlatego, ponieważ zawsze prawie bywa zajęty to ten, to ów nerw mózgowy; co więcej, z nowszych badań wynika, że niektóre objawy kliniczne polegają na zajęciu nerwów obwodowych. Stąd też należy wiąd uważać za sprawę, dotykającą zarówno układ nerwowy ośrodkowy, jak odcinki obwodowe. Zależnie też od usadowienia sprawy chorobowej powstają, zwłaszcza w okresie początkowym wiądu, najróżnorodniejsze objawy kliniczne, i chorzy dostają się nieraz wcześniej w ręce okulisty, laryngologa lub specyalisty chorób żołądka, niż neuropatologa. Ze wszech miar praktyczny jest dawny podział przebiegu wiądu na 3 okresy: początkowy, okres pełnego rozwoju (bezład) i końcowy, w którym sprawa anatomiczna rozszerza się także na przednie i tylne rogi i sąsiednie części sznurów bocznych rdzenia i łączy się z porażeniem postępującem lub z porażeniem opuszkowem. Najstalsze objawy początków wiądu zależą od zmian w części lędźwiowej rdzenia, a zaliczają się tutaj oprócz zniesienia odruchów kolanowych, bóle strzelające w nogach, zaburzenia moczowe i płciowe, oraz wysepkowate znieczulenie skóry. Co do odruchów kolanowych, to nie są one wcale tak często zupełnie zniesione, jak dawniej sądzono; zazwyczaj w początkach wiądu są one tylko osłabione, często niejednomiernie (zależnie od tego, po której stronie rdzenia zmiany są znaczniejsze) i dlatego należy bardzo starannie je badać. Bóle strzelające o znanych cechach, pojawić się mogą nietylko w nogach, lecz także i w rękach, jeśli zajętym jest rdzeń szyjny, jakoteż w twarzy, jeśli dotkniętym został korzonek n. trójdzielnego. Należy o tem pamiętać, aby nie rozpoznawać błędnie bólów gośćcowych i nie skazywać chorych na leczenie w cieplicach, które według doświadczenia Dra Karmina jest zawsze dla dotkniętych wiądem szkodliwe.

Wysepkowate znieczulenia pojawiają się najczęściej na tułowiu i przybierają niekiedy dokładną postać odcinków, odpowiadających rozgałęzieniom tych nerwów, których korzonki w rdzeniu są zajęte. Czasem chorzy sami znieczulenia takie zauważają, częściej jednak wykrywa je dopiero dokładne badanie. Najczęściej zmienionym jest dotyk, czasem jednak także i czucie bólu. Ponieważ stwierdzono w ostatnich czasach, że znieczulenia te są nader pospolitem zjawiskiem, dlatego należy ich w wątpliwych przypadkach starannie poszukiwać; znalezione są cenną wskazówką rozpoznawczą.

Znaczenie objawu Argyll.-Robertsona nie potrzebuje objaśnień. Częstem zjawiskiem w początkach wiądu jest dwuwidzenie; w ocenie tego objawu należy jednak być ostrożnym, ponieważ może on być skutkiem gośćcowego zapalenia jakiegoś nerwu. W każdym jednak razie porażenia mięśni ocznych nawołują do baczności. Często ustępują one bez śladu, co dawniej niesłusznie przypisywano leczeniu elektrycznością. Najczęściej bywa porażony n. okoruchowy, rzadziej odwodzący; nadzwyczaj rzadko zdarza się w wiądzie *ophtalmoplegia totalis.* U 23% chorych spotyka się we wczesnym okresie wiądu zanik n. wzrokowego; wprawdzie może on wystąpić zawsze, jednak tem mniej można go się obawiać, im chory znajduje się bliżej okresu bezładu. Zanik ten posuwa się zawsze od obwodu ku środkowi; środkowe „*scotomata*“ nie zdarzają się nigdy. Zwężenie pola widzenia zwykle jest dośrodkowe, rzadziej nieregularnie wycinkowate. Ślepota na barwy dotyczy najwcześniej kolorów zielonego i czerwonego (odwrotnie, niż w histeryi).

Napady żołądkowe („*crises gastriques*“) zależą w części od schorzenia gałązek czuciowych nerwu błędnego (bóle napadowe) w części są to zaburzenia ruchowe (nieuśmierzone wymioty) i wydzielnicze („*hyperaciditas*“).

Początkowy ten okres wiądu trwać może od kilku miesięcy do kilku lat, niekiedy nawet lat kilkanaście (spostrzegano już trwanie 20—22 letnie). Odnosząc przyczyny wiądu rdzenia prawie wyłącznie do zakażenia kiłowego (wykazanego w 90% przypadków), stwierdza K., że początek objawów wiądu występuje mniej więcej w 10 do 15 lat po zakażeniu kiłą.

Drugi okres wiądu, t. j. szczyt jego rozwoju cechuje się bezładem ruchów, który Leyden tłómaczył utratą czucia, Erb zajęciem włókien nerwowych dośrodkowych, biegnących w sąsiedztwie sznurów klinowatych, a służących rzekomo wyłącznie do skojarzenia ruchów, a Charcot i Cyon schorzeniem właściwego narzadu skojarzenia ruchów, który z czuciem nie ma nic wspólnego, a który składa się z włókien wchodzących do rogów tylnych i nie dążących do mózgu, jako tzw. długie drogi, i z włókien ruchowych, biorących początek w komórkach rogów przednich. Za tą ostatnią teoryą oświadcza się K.—E.

Należy odróżnić bezład w staniu i bezład w chodzie. Drogi służące dla skojarzenia każdej z tych czynności są prawdopodobnie odrębne. Stanie jest związane z utrzymaniem równowagi i zależy od trzech czynników, od trojakich dróg nerwowych: rdzeniowej, usznej i ocznej. Droga rdzeniowa przebiega na obwodzie sznurów bocznych (tzw. „Kleinhirnseitenstrangbahn“); uszna bierze początek w błędniku. Usuwając działanie drogi ocznej u dotkniętego wiądem, t. j. zamykając mu oczy, utrudnia się równowagę (objaw Romberga); istnienie objawu Romberga dowodzi stanowczo, że

zajęte są boczne drogi móżdżkowe („Kleinhirnseitenstrangbahnen“.) Bezład w chodzie jest pochodzenia rdzeniowego, a podstawą jego są zmiany w rogach przednich i tylnych. Aby wykryć niższe stopnie bezładu w chodzie, należy badać chorego zamknąwszy mu oczy i używać sposobów złożonych: kazać mu schodzić ze schodów, skakać na jednej nodze, wykonywać oznaczone ruchy nogami itd. Sam bezład nie jest dowodem istnienia wiądu, zdarza się on bowiem w histeryi, we wszystkich chorobach, zajmujących sznury tylne (np. w pewnych przypadkach rozsianego stwardnienia), w niektórych cierpieniach wyższych odcinków układu nerwowego ośrodkowego. Oprócz napadów żołądkowych („crises gastriques“) pojawiają się też w drugim okresie wiądu napady „krtaniowe“, mające pozór napadów krztuśca, napady „przełykowe“ (rzadkie, — są to skurcze napadowe mięśni przełyku), dalej napady „sercowe“ pod postacią „*angina pectoris*“, napady naśladujące kolkę wątrobową lub nerkową, napady „jelitowe“, jako wodnista biegunka, napady parcia na mocz itd. Zaburzenia czucia często dotyczą silniej czucia bólu, niż dotyku (spóźnione odczuwanie bólu). W przypadkach posuniętych daleko znika czucie głębokie (mięśniowe). Zdarzają się też czasowe porażenia, zwłaszcza poprzeczne (paraplegia), zazwyczaj później ustępujące.

Przejście wiądu z okresu drugiego w trzeci zaznacza się często wystąpieniem zaburzeń odżywczych stawów (*athropathia tabidorum*), skóry, mięśni i kości. Tu należy zdarzające się niekiedy „mal perforant du pied“.

W ciągu trzeciego okresu, który nie odgranicza się ostro od drugiego, zwiększają się zaburzenia odżywcze (odleżyny, zaniki mięśni i porażenia a czasem przyłącza się porażenie opuszkowe lub niedołęztwo porażenne. Okres ten może trwać bardzo długo, zwłaszcza, jeśli wiąd od początku rozwijał się względnie łagodnie; wyniszczeni i przykuci do łóżka chorzy giną zwykle wskutek powikłań, najczęściej na suchoty.

W rozpoznawaniu pamiętać należy o tem, że obok bardzo znamiennych przypadków (brak odruchów kolanowych, objaw Robertsona, zaburzenia pęcherzowe, bóle strzelające, porażenia mięśni ocznych — występujące równocześnie) zdarza się przebieg bardzo atypowy. Bóle strzelające łatwiej odróżnić od bólów gośćcowych, rwy kulszowej itd., niż od podobnych bólów obustronnych w przebiegu guzów dolnego odcinka rdzenia, cukrzycy itd. Bóle i zniesienie odruchów kolanowych spotyka się w zapaleniach nerwów obwodowych pochodzenia wyskokowego lub zakaźnego; cierpienia te jednak powstają dość nagle (w ciągu kilkunastu dni), wśród bólów nerwowych i mięśniowych przy uciskaniu, wiążą się z szybko się pojawiającymi zanikami mięśni i zmianami w pobudliwości elektrycznej, nawet zazwyczaj z odczynem zwyrodnienia. Zaburzenia oczne w rozsianem zapaleniu nerwów polegają na *neuroretinitis*, nigdy zaś na zaniku tarczy; porażenia mięśni ocznych są w niem nader rzadkie. W błąd mogą wprowadzać lekarza przypadki neurastenii rdzeniowej, jednak tylko na chwilę, chyba, że pod neurastenią ukrywa się jeszcze i wiąd, co zresztą nie jest częste. Neurastenicy zgłaszają się do lekarza zazwyczaj z gotowem, a przez siebie wyszukanem, rozpoznaniem wiądu; chorych takich nie należy lekceważyć, lecz badać trzeba bardzo sumiennie i dokładnie, także ze względu na wpływ moralny na chorego. Przed istotnie chorym na wiąd najwłaściwiej rozpoznanie zataić, pamiętając o olbrzymim wpływie usposobienia psychicznego na stan ogólny i o tem, że na pniu cierpień organicznych układu nerwowego lubią bujać rozmaite zboczenia czynnościowe, jeśli im się do tego da sposobność (histerya).

Pewne trudności rozpoznawcze mogą się nastręczać w niektórych postaciach stwardnienia rozsianego rdzenia, w których zdarzają się, tak, jak i w wiądzie, parestezye i bóle, a w których ognisko usadowiło się w ten sposób, że wywołuje zaburzenia pęcherzowe, oczne, lub nawet bezład ruchów. Odróżnienie obu cierpień nie jest jednak zazwyczaj trudne; wiąd nie występuje prawie nigdy w tym wieku, w którym już pojawia się stwardnienie, ono zaś znowu nigdy prawie nie wywołuje objawu Robertsona, przeciwnie łączy się prawie zawsze ze znamiennem drżeniem, zaburzeniami mowy, wygórowaniem odruchów itd.; porażenia należą do późnych okresów wiądu, a objawy spastyczne nie są jego właściwością itp. Ważniejsze jest rozróżnienie wiądu od choroby Friedreicha, która ma tyle z nim podobieństw, że sam Friedreich uważał ją za odmianę wiądu. Jednakże choroba Friedreicha jest sprawą wybitnie dziedziczną i pojawia się już we wczesnej młodości, a więc w okresie, w którym wiąd nie zdarza się (z wyjątkiem postaci dziedzicznych); bezład w chorobie Friedreicha jest przedewszystkiem statyczny, wcześnie też występują w tej sprawie „*nystagmus*“ i zaburzenia opuszkowe mowy, nigdy zaś nie zdarza się objaw Robertsona, porażenie mięśni ocznych itp. W końcu należy pamiętać o tem, że może istnieć bezład histeryczny, nieraz do złudzenia podobny do bezładu wiądowego i łączący się często z objawem Romberga. Bezład histeryczny odznacza się swojem bardzo zmiennem i zależnem od wpływów moralnych natężeniem; zresztą w rozpoznaniu pomocne są zwykłe cechy histeryi, których chyba wyjątkowo brakuje. —

Jak wiadomo, wiądu wyleczyć nie można, można tylko rozwój choroby powstrzymywać i przebieg łagodzić. Wbrew wywodom Erba jest K-E. przeciwnikiem leczenia wiądu rtęcią, ponieważ leczenie to nie jest dla ustroju obojętne, a sam K-E. żadnego wpływu jego na przebieg wiądu nie zauważył. Nie widział też K-E. żadnych pomyślnych skutków po jodku potasu; mimo to nie odrzuca tego środka (1—2 gr. *pro die*). Najważniejsze są środki dyetetyczno-higieniczne. Chorzy powinni strzedz się kąpieli ponad 26° R., jak również zaziębienia i przemoczenia, zimę spędzać na południu. Objawowo nie wolno stosować morfiny, chyba przeciw „*crises gastriques*“; dla złagodzenia bólów strzelających wystarczą fenacetyna, antipiryna, pyramidon, salol, salicyl itd. Z leczenia elektrycznością niczego się nie można spodziewać. W lecie mogą chorzy używać ostrożnie nieco leczenia wodą, mianowicie kąpieli 25—22° R., wyjątkowo silni 20° R. Zawieszanie sposobem Charcota-Moczutkowskiego przynosi chorym niekiedy ulgę. W znieczuleniach jest niezłym środkiem drażnienie skóry kończyn dolnych metalową szczoteczką (sposób Rumpfa). Najdzielniejszym środkiem na bezład jest znany od 2-ch lat sposób Frenkla. Na zmiany nerwu wzrokowego doradzano ciemnicę, co ma podobno sprowadzać niejakie polepszenie. Próby z amylnitritem i strychniną zawiodły natomiast oczekiwania. *X.*

Sievers: **O tężyczce przy rozszerzeniu żołądka.** (*Berl. klin. W.*, 1898, 31, 32). Między przypadkami tężyczki złośliwej, kończącej się szybko śmiercią, znaczną część stanowią przypadki tężyczki przy rozszerzeniu żołądka. S. spostrzegał ich kilka; w jednym z nich, u 21-letniej dziewczyny, wykazała sekcya olbrzymie rozszerzenie żołądka wskutek zwężenia odźwiernika przez 2 blizny po wrzodach okrągłych; drugie podobne zupełnie spostrzeżenie dotyczy 42 let. kobiety. Obecnie większość badaczy odnosi takie przypadki tężyczki do samozatrucia ustroju jadami, pochodzącymi z przewodu pokarmowego. Müller wydzielić miał z soku żołądkowego swojego chorego jad, zabijający króliki, ale nie wywołujący u nich tężyczki; również nie zdołali wywołać u zwierząt tężyczki Ewald zapomocą wyciągów z moczu a v. Jaksch, z treści żołądkowej chorych. Bouveret i Devic, zebrawszy 23 przypadki tężyczki przy rozszerzeniu żołądka, stwierdzili we wszystkich nadmierne wydzielanie kwasu solnego, a z treści żołądka swoich chorych mieli otrzymać substancyę, wywołującą kurcze u królików; ta to substancya, nie różniąca się od Buegerowskiej peptotoksyny, wessana z żołądka, ma być przyczyną tężyczki ludzkiej w przypadkach rozszerzenia żołądka. Nadmierna kwasota zdarza się najczęściej w przypadkach wrzodu żołądka; B. i D. znaleźli we wszystkich (12) sekcyonowanych przypadkach stare lub świeże wrzody, albo blizny po wrzodach, to też dopatrują się bliskiego związ-

zku między tężyczką złośliwą, a wrzodem okrągłym. Aby tę sprawę wyjaśnić, zestawia S. z piśmiennictwa 31 spostrzeżeń tężyczki przy rozszerzeniu żołądka, zakończonych śmiercią i zbadanych anatomicznie po śmierci. W większości tych spostrzeżeń istniało wprawdzie zwężenie odźwiernika wskutek blizn po wrzodach, lub wrzody, albo blizny bez zwężenia; jednakże znajdują się między niemi i takie, gdzie ani jednego, ani drugich nie było; nadto istnieje kilka dokładnych spostrzeżeń, w których za życia nie stwierdzono nadmiernej kwasoty, a po śmierci nie znaleziono wrzodów, ani blizn. Z tego powodu nie może się utrzymać przypuszczenie B. i D. i należy przypuszczać, że tężyczka, przy rozszerzeniu żołądka, nie stoi w związku ani z nadmierną kwasotą, ani z wrzodem żołądka (choć występuje najczęściej równocześnie z bliznowatemi zwężeniami odźwiernika, co łatwo zrozumieć), a to tem bardziej, że zdarza się ona również w zaburzeniach czynności innych odcinków przewodu pokarmowego. *X.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Przeciwbłonicza surowica Mercka. Surowica ta, zawiera w jednym centymetrze sześciennym 250 jednostek uodporniających, czyli 1000 w 4 cm.^{3}, co odpowiada 10 cm.^{3} surowicy Rouxa. Flaszeczki opatrzone różnokolorowemi etykietami są czworakie: Nr. 0, 1, 2, 3. Surowica ta jest jasna i lekko opalizuje; okazującą obłoczkowate zmętnienie można na świeżą wymienić.

Erythrolum tetranitricum $(CH_2ONO_2)_2$, $(CHONO_2)_2$ Są to duże płatki nierozpuszczalne w zimnej wodzie, łatwo zaś rozpuszczalne w alkoholu, wybuchające przy uderzeniu, lub nagłem ogrzaniu. Środek ten, znany już i polecany przez J. B. Brandburyego i G. Olivera, wywołuje rozszerzenie naczyń nie tak szybko wprawdzie, jak nitrogliceryna, lecz na czas dłuższy. Dawka 0.06 wywołuje skutek dopiero po 30 minutach, ale działanie trwa 3½ godziny. Najlepiej podawać środek ten w postaci kołaczyków zawierających po 0.03; w szczególności polecany w dusznicy bolesnej.

Eucainum A i B. Wysoka cena kokainy i towarzyszące jej stosowaniu uboczne objawy, skłaniają lekarzy do szukania środków, mogących ją zastąpić. Najlepszym z nich jest bezwarunkowo Eukaina, chociaż według Reclus-Hernetlea, działanie jej znieczulające trwa najwyżej 25 minut. Wprawdzie eukaina znieczula słabiej niż kokaina, jednakże ta jej wada daje się zrównoważyć większemi dawkami bez obawy szkodliwych skutków. Eukainę A., znaną już dawniej, stósować najlepiej w postaci maści:

Rp. *Eucaini hydrochlorici 1.00*
Olei olivarum 2.0
Lanolini 7 0
M. F. unguentum.
(*Do znieczulenia błony śluzowej i na dolegliwe rany*).

Rp. *Eucaini hydrochlorici 1.00*
Mentholi 0.2
Ol. olivarum 2.0
Lanolini ad: 10.0
M. f. ungt.
(*Na swędzące krwawnice, świąd odbytu i części płciowych*).

Eukaina B. lepsza od poprzedniej, gdyż według Schmitta jest 2—3 razy mniej trującą, znajduje dotąd zastósowanie tylko w leczeniu chorób oka. Jest to biały, krystaliczny proszek rozpuszczający się w 3½ częściach wody, a nadający się do użytku w postaci 2%-go wodnego roztworu. Dodać jednak trzeba, że żadna z tych postaci eukainy, w zupełności kokainy zastąpić nie może.

Euchininum[1]).

Eunatrolum (natrium oleinicum pur.) jest to biały proszek, łatwo rozpuszczalny w wodzie i alkoholu. Działa podniecająco na czynność wątroby i wydzielanie żółci, czy to podany wewnętrznie, czy wstrzyknięty pod skórę. Blum stosuje go w kamicy żółciowej w postaci pigułek.

[1]) Patrz »Przegląd lekarski“ Nr. 29, praca Dra K. Lewkowicza.

Rp.: *Natrii oleinici puriss 25 00*
Glycerini
Terrae siliceae aa q. s. ut. f. l. a.
Pil Nr. 100.

Pigułki te podaje się przez kilka tygodni, lub nawet miesięcy, po 4, rano i wieczorem.

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Endermol, salicylan nikotyny, przedstawia bezbarwne kryształy, łatwo w wodzie rozpuszczalne, o zapachu żywicznym. Doutrelepont (Bonn) użył tego środka w 0.1% maści w świerzbie, smarując cztery razy chorego. Skutek był zawsze bardzo pomyślny. Profesor Wolters podnosi, że maść ta już po jednem nasmarowaniu uśmierzała swędzenie i usuwała zapalenie skóry; przestrzega jednak przed używaniem silniejszych roztworów, szczególnie u dzieci, gdyż mogą łatwo wystąpić objawy zatrucia. (Therap. Montsh. 1898, VIII). *F. K.*

Zamiast środków silnie drażniących skórę (pyrogalol, chrysorobina, resorcyna) zaleca Dr. Kromayer do użycia przetwory tych leków: 1) Lenigallol (Pyrogalloltriacetat), zapisując: *Lenigalloli, Pastae Zinci, Lanolin. aa 10,0;* 2) Eugallol (Pyrogallolmonoacetat) w postaci: *Eugalloli Aceton. aa 10,0;* 3) Saligallol (Pyrogalloldisalycylat) w roztworze chloroformowym 1:15; 4) Lenirobin (Chrysarobintetraacetat); 5) Eurobin (Chrysarobintriacetat). Pierwszy używany w lekkich przypadkach łuszczycy przewlekłego wyprysku, w postaciach grzybkowych, drugi w przewlekłem zapaleniu skóry z eugalolem lub saligal. w różnych roztworach chloroformowych. 6) Euresol (Resorcinmonoacetat), jako roztwór w acetonie. Wszystkie te przetwory mają tę własność, że rozkładają się dopiero w zetknięciu ze skórą i przez to mniej drażnią, a w działaniu są również silne, jak środki pierwotne. (Ther. Montsh., 1898, VIII). *F. K.*

Fischer (Wr. m. Bl., 1898, 30) podaje w kile 3 razy dziennie proszek kalomelu (0,2), stwierdzając bardzo dobre wyniki. Po użyciu 20 proszków robi tygodniową przerwę, poczem powtarza jeszcze dwa razy powyższą dawkę. Teoretycznie tłomaczy działanie kalomelu tem, że nie działa on wprawdzie na sam jad, ale, że jest swoistym o tyle, o ile działa na wszystkie narządy, które są miejscami rozwoju kiły. *F. K.*

Barbiani (Soc. med. chir. Bologna, 1898) przedstawia nowe próby z surowicą przeciwkiłową. Wprawdzie nie udało się dotychczas przenieść kiły na zwierzęta, to jednak, zdaniem autora, wywołuje jad kiłowy i u nich w narządach wydzielniczych pewne zmiany. B. wprowadził baranowi, w kilku posiedzeniach, 41 ctm.^{3} krwi człowieka, cierpiącego na kiłę drugorzędną w okresie wybuchu. Zwierzę nie okazywało zmian kiłowych, ani zmian w ciężarze ciała lub ciepłocie. W 15, względnie 40 dni, po tych wstrzykiwaniach, otrzymaną z tego zwierzęcia surowicę wstrzyknięto w 3 przypadkach kiły i otrzymano wynik zadowalniający. *F. K.*

Krösing użył, za przykładem Andryego, rozżarzonego żegadła galwanicznego w leczeniu wrzodów miękkich, trzymając go 10—15 sekund w odległości 1—2 mm., przez co nie powstaje strup, a tylko tkanki obrzękają i surowica wylewa się na powierzchnię. Przypalać w ten sposób należy przedewszystkiem brzegi wrzodu; a gdy istnieją zatoki lub podminowania, należy je przed przyżeganiem naciąć, brzegi poobcinać, a wrzód z ropy oczyścić. (Posiedz. Tow. lek. w Szczecinie, 1898, kwiecień). *F. K.*

VI. KORESPONDENCYE.

Listy z Paryża.

W czerwcu.

X.

Badania nad wpływem tkanki nerwowej na jad tężcowy, wywołane przez znane prace Wassermanna, nie zostały jeszcze we Francyi zamknięte. Courmont i Doyon podają, że tkanka nerwowa żab nie zobojętnia działania jadu na świnki morskie i sądzą, że wobec tego nie można wyników doświadczeń Wassermanna zanadto uogólniać. Również krytycznie występują ci badacze przeciw zapatrywaniu Marinesco, że zmiany komórek nerwowych bywają w tężcu doświadczalnym swoiście znamienne i są przyczyną przykurczeń. Stwierdzili oni mianowicie z jednej strony brak wszelkich zmian w komórkach rdzenia u psa, zatrutego jadem tężca, z drugiej, istnienie zmian rozsianych i dwustronnych w rdzeniu świnek morskich, dotkniętych miejscowym jednostronnym tężcem, a zarazem spostrzegali u zwierząt, które szczęśliwie przebyły tężec ogólny, zmiany w rdzeniu o wiele rozleglejsze, niż u zwierząt, które padły na tężec.

Znaczenie tych badań C. i D. podkreślił Dejerine, stwierdzając, że dowodzą one ponownie, iż Nisslowskiej „chromatylosis“ nie można przypisywać żadnego ściśle określonego anatomopatologicznego znaczenia, ponieważ nie odpowiada ona dokładnie żadnemu określonemu objawowi klinicznemu, (S. B.). Natomiast po stronie Marinesco staje, na podstawie doświadczeń na królikach, Péchoutre. (S. B.).

W poprzednich listach wspominałem o próbach leczenia tężca zapomocą wstrzykiwań antytoksyny tężcowej wprost do jamy czaszki, które w jednym przypadku tężca u człowieka uwieńczone zostały pomyślnym wynikiem, a które zdawały się także przemawiać za szczególnem „powinowactwem“ tkanki nerwowej do jadu tężca, stanowiącem oś rozpraw między Courmontem i Marinesco. Otóż oprócz Rouxa podejmował podobne próby Sicard (S. B.), jak utrzymuje, w daleko szerszym zakresie, ponieważ wstrzykiwał on do jamy mózgowordzeniowej zwierząt najróżniejsze jady drobnoustrojowe, toxalbuminy, alkaloidy, a w celach leczniczych rozmaite związki chemiczne i surowice lecznicze. Ciekawszą stroną tych badań, niż zmiany komórek nerwowych u zwierząt po zabójczych dawkach jadów i trucizn, była próba leczenia tężca zapomocą surowicy przeciwtężcowej, wstrzykniętej przez nakłócie lędźwiowe jednemu z chorych na oddziele Brissanda. Po wstrzyknięciu 4 ccm. surowicy, miało się pojawić chwilowo polepszenie, chory zmarł jednak po 36 godzinach. Powtarzając jednak doświadczenia Rouxa z antitetaniną, wprowadzoną do jamy czaszki, otrzymał S. u świnek morskich wyniki korzystne.

Ciekawa ta sprawa nieprędko chyba jednak jeszcze doczeka się ostatecznego rozwiązania, zwłaszcza, że surowicy przeciwtężcowej nie można porównywać z antitetaniną, i że dotychczas prób leczniczych dokonano dopiero w dwóch przypadkach, w każdym z nich w inny sposób.

Próbowanie coraz nowych surowic leczniczych lub znanych już surowic w coraz innych postaciach chorobowych stało się zresztą obecnie rodzajem szablonu, przedstawiającego, jak każdy szablon, zazwyczaj wiele niedokładności. Boucheron (S. B.) twierdzi, że zapomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej wyleczył dwa przypadki dychawicy, wywołanej przez nieżyt błony śluzowej nosa, który był skutkiem działania paciorkowców. Claisse (S. B.) opierając się na pomyślnych wynikach zastosowania surowic w zatruciach jadami roślinnymi (abryna, rycyna) i wężów, próbował leczenia surowicą w zatruciu grzybami. Jak wiadomo w zatruciach tych grają rolę dwie substancye: muskaryna, działająca szybko i phallina, zawarta głównie w *Amanita phalloides* (rodzaj muchomora), działająca wolniej, ale niemniej zgubnie. B. sądzi, że przeciw muskarynie nie wiele będzie można zdziałać; co do phalliny, to dotychczas zdołał uodpornić króliki i świnki morskie przeciw działaniu większych jej dawek, jednakże właściwych doświadczeń z surowicą leczniczą dotychczas jeszcze nie wykonał.

W dalszym ciągu walki, którą prowadzi przeciw Marmorkowi, a względnie jego surowicy przeciwpaciorkowcowej, podaje Courmont (S. B.), że zdołał wprawdzie otrzymać surowicę oślą, uodporniającą królika przeciwpaciorkowcom ropnym, pochodzącym z ludzi, że jednakże i ta nawet surowica chroni króliki tylko przed niektórymi rodzajami paciorkowców, sprzyja zaś przeciwnie zakażeniu paciorkowcami innego pochodzenia. Z jedenastu odmian paciorkowców siedm ulegało działaniu owej surowicy (5 paciork. róży, a dwa ropne), cztery zaś inne działały równie zabójczo, a może silniej jeszcze, niż bez surowicy. Wysnuwa ztąd Courmont ważny wniosek, że niepodobna spodziewać się prędko surowicy przeciwpaciorkowcowej, na pewno skutecznej, ponieważ ludzkie chorobotwórcze paciorkowce stanowią wielką gromadę bardzo różnych odmian, których odróżnić i oddzielić prawdopodobnie długo jeszcze nie będziemy umieli.

Na tem miejscu przytoczyć wypada także statystykę, dotyczącą błonicy w „Hôp. des Enfants-Malades“ w roku 1897, a podaną przez Sevestrea w „Soc. méd. des Hôp.“ Przyjęto tam w ciągu roku wogóle 580 przypadków błonicy; zmarło 101, z tego 43 w pierwszych 24 godzinach po przyjęciu. Odsetek śmiertelności wynosi więc 17·41%. — Z tych 580 przypadków w 99 istniały w nalotach paciorkowce; takie zakażenia dały nieporównanie większą śmiertelność (32·32%), niż zakażenia samym laseczníkiem błoniczym (14·34%). Wszystkie dzieci dostawały zaraz przy przyjęciu podskórnie surowicę; zwykle dawano wogóle 20 ccm., w przypadkach dławca 30 ccm., oprócz tego miejscowo leczono przepłukiwaniami, a niekiedy pędzlowaniem nalewką jodową lub zasypywaniem salolu. Przypadków dławca było 341; u 203 zastósowano intubacyę, z tych 40 (19·70%) zmarło i to 21 po czasie dłuższym, niż doba. Po intubacyi musiano w 21 przypadkach robić jeszcze tracheotomię; u 17 dzieci robiono ją odrazu.

Przy sposobności należy jeszcze wspomnieć o doświadczeniach Nicolasa (S. B.) z aglutynacyą prątków błoniczych pod wpływem surowicy przeciwbłoniczej, a to z tego względu, że według N. nie każda odmiana prątka Löfflera jest na surowicę wrażliwą. Z 12 rozmaitych hodowli tylko w 6 wystąpiła aglutynacya, chociaż do wszystkich dodano tejsamej surowicy i wogóle próby były wykonane w tych samych warunkach.

Na zakończenie parę słów jeszcze o ciekawszych wykładach z pomiędzy tych, które wypełniły resztę posiedzeń Towarzystwa biologicznego i „Societé médic. des Hôpitaux“. Są to wszystko oderwane przyczynki do najrozmaitszych zagadnień, nie dadzą się więc ułożyć w żaden porządek i wspominam o nich w tej kolei, w jakiej nasuwają się pod pióro. Bloch zalecał (S. B.) w leczeniu suchot płucnych unieruchomienie czasowe jednej strony klatki piersiowej. Ma to łagodzić kaszel, bóle i gorączkę i zmniejszać nasilenie objawów przedmiotowych. Ostwalt opowiadał o przypadku pęknięcia, wskutek wysiłku fizycznego jednej z zastawek tętnicy głównej, dotkniętych miażdżycą. Spostrzeżenie to nie było stwierdzone oględzinami pośmiertnemi. (S. B.) Widal zdawał sprawę z przypadku, w którym zapalenie stawu mostkoobojczykowego lewego i podskórnej torebki maziowej na ręce lewej powstały wśród ostrych objawów ogólnych, przypominających początek zapalenia płuc włóknikowego, a wywołane były jako sprawa pierwotna przez pneumokoki (Soc. m. H.) Gilbert i Galbrun, stwierdzili na zdrowych osobnikach, że po podaniu benzonaftolu spada ilość ogólna drobnoustrojów w kale średnio o 55%. W doświadczeniach tych dawka dzienna benzonaftolu wynosiła $3^1/_2$ do 4 gramów. (S. B.).

Vincent spostrzegał przypadek duru brzusznego, powikłanego z ogólnem zakażeniem prątkiem ropy błękitnej. Powikłanie takie należy do rzadkich; V. widział je raz tylko na 420 przypadków duru. Za życia wystąpiły w 10 dniu choroby, a 3 dni przed śmiercią: obustronne zapalenie gruczołów piersiowych i przyusznych, osutka pęcherzykowa na skórze i uporczywy kaszel przy gorączce przechodzącej 40° C. Sekcya stwierdziła prócz zwykłych zmian durowych liczne jamy zgorzelinowe w płucach, a w nich, zarówno jak w pęcherzach skórnych, czyste hodowle prątka ropy błękitnej. Z krwi i śledziony wyhodował się prątek durowy. Przypadek ten dowodzi ponownie, że prątek ropy błękitnej może mieć bardzo doniosłe znaczenie chorobotwórcze także u ludzi i zdaje się wskazywać, że może on sam przez się wywołać zgorzel płuc. (S. m. H.).

Na temsamem i na kilku następnych posiedzeniach „Soc. méd. des Hôp.“ liczni mowcy zdawali sprawę z spostrzeganych przez siebie przypadków nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych, obecnie panującego, a zresztą rzadko pojawiającego się w Paryżu. Cierpienie to zbyt dobrze jest u nas niestety znane, aby z rozpraw paryzkich wynikały jakieś nieznane dla czytelników „Przeglądu“ szczegóły i spostrzeżenia.

Lemoine podał do wiadomości, że w dwóch przypadkach zauważył zarażenie się odrą od ozdrowieńców, którzy ją przed 20 dniami przebyli. Sevestre jednakże słusznie podniósł, że zakażenie tak późne jest zbyt wyjątkowe, aby ze względu na te dwa przypadki zmieniać utarte zasady postępowania. (S. m. H.).

W uogólnianiu się przerzutów raka narządów brzusznych, a szczególnie w zajęciu rakowem następowem gruczołów chłonnych podobojczykowych pośredniczy, zdaniem Troisiera (S. m. H.), przewód piersiowy. Obecnie na kilku przypadkach przekonał się T., że w tych razach spotyka się ogniska rakowe w samej ścianie przewodu piersiowego.

Pachon badał szczegółowiej działanie kokainy na serce (S. B.). Stwierdza on, że w początku zatrucia powstaje „hypertonicitas“ mięśnia sercowego, to jest, że po skurczu mięsień nie zwalnia się całkowicie, lecz pozostaje jeszcze do pewnego stopnia napięty. Po paru takich uderzeniach zjawia się równoważący je spoczynek, z czego P. wnosi, że zatrucie w tym okresie dotyczy „myocardium“, a nie narusza jeszcze ośrodków, regulujących akcyę serca, od których właśnie spoczynek ów zależy. Zgodnie ze zdaniem Mosso, należałoby więc kokainę uważać za truciznę „skurczową“ (systolique); działa ona zresztą podobnie, jak inne trucizny tej gromady, ponieważ wywołuje niemiarowość serca, przedstawiająca zawsze pewien stały, regularny typ. (przerwy okresowe). Po okresie niemiarowości następuje nadzwyczajne zwolnienie skurczów komórek, które w końcu przestają działać w chwili skurczu. Przedsionki tętnią dalej jeszcze, jednakże nierównomiernie i ustają w końcu działać w chwili rozkurczu. Laborde zaznaczył, że śmierć serca w chwili skurczu, czy rozkurczu, zależy nietylko od rodzaju użytej trucizny, lecz także od rodzaju zwierzęcia. Natomiast ciekawem jest zjawisko przerw okresowych i utrzymania się czynności przedsionków po śmierci komórek. Na to odpowiedział Pachon, że ustanie czynności serca w chwili rozkurczu, jakie spostrzegano w zatruciu kokainowem u psów, zależało prawdopodobnie od wpływu asfixyi; wątpliwość tę możnaby zresztą rozstrzygnąć, utrzymując u psów kuraryzowanych, w czasie zatrucia kokainą, sztuczne oddechanie.

Rénon spostrzegał w przebiegu przewlekłej mocznicy okresowy ślinotok (do 100 gr. w ciągu 10 minut) Ślina zawierała w czasie napadów ślinotoku 0·059% mocznika, a w tym samym czasie ilość moczu zmniejszała się, równocześnie zaś nie było ani biegunki, ani wymiotów, ani „stomatitis“, spostrzeganych zazwyczaj w podobnych przypadkach; ślinotok ten odnosi R. do działania substancyi trujących, nie wydalanych z ustroju, na ślinianki, a może na ośrodki nerwowe lub nerwy obwodowe. Leczenie zasadzałoby się na podawaniu środków moczopędnych. (S. m. H).

Béclére i Lemoine opisywali (znane już zresztą) przypadki mumpsa, w których zapalenie jąder pojawiało się wcześniej, niż zapalenie gruczołów przyusznych, a nawet występowało samoistnie. Rozpoznanie opiera się na braku spraw zapalnych dróg moczowych i stwierdzeniu mumpsa u otoczenia chorego. (S. m. H.).

Rendu zaleca w przewlocznych sprawach gośćcowych salicylan metylu, zamiast salicylanu sodowego; Rénon widział szczególnie pomyślne skutki salicylanu metylu w rwie kulszowej; przeciwnego zdania jest Siredey. (S. m. H.).

Spostrzegany w niektórych przypadkach marskości przerostowej wątroby z żółtaczką (cirrhose biliaire hypertrophique) przewłoczny obrzęk gruczołów chłonnych, zwłaszcza sąsiadujących z wątrobą, stawiają Gilbert i Fournier obok splenomegalii i dopatrują się w obu tych zjawiskach dowodu, że ta postać marskości ma źródło zakaźne (S. B.).

Courmont stwierdził, że płyny surowicze chorobowe stanowią dobrą pożywkę dla prątka Kocha, z wyjątkiem wysięków surowiczych przyrody gruźliczej, które mają być dla tego drobnoustroju zabójcze a zarazem mają w jego hodowlach wywoływać aglutynacyę w stosunku średnim 1:10. Ponieważ to spostrzeżenie mogłoby być, zdaniem C. podstawą serodyagnostyki wysięków gruźliczych, przeto rzecz wydaje się godną sprawdzenia. (S. B.).

Haushalter i Guérin opisując dalszy spostrzegany przez siebie przypadek pojawiania się nukleoalbuminu w moczu sądzą, że zjawisko to jest wskazówką gruźlicy w którymś z wewnętrznych narządów (S. B.).

Sabrazès badając wpływ soku żołądkowego na prątki gruźlicze stwierdził, że jest on bardzo mały; jadowitość prątka Kocha ginie w soku żołądkowym dopiero po 36 godzinach, ale i wówczas hodowle wstrzyknięte podskórnie, wywołują u morskich świnek znaczną utratę ciężaru. Pepsyna soku żołądkowego działa na komórki tych prątków bardzo mało, podobnie jak na cellulozę i na nukleiny; wiadomo zaś z najnowszych badań, że nukleiny stanowią ważny składnik bakteryj. Dane te tłómaczą odporność prątka Kocha względem soku żołądkowego. (S. B.).

Wobec wziętości, jaką cieszy się obecnie somatoza, nie bez znaczenia praktycznego jest spostrzeżenie Rénona, który użył tego środka jako mlekopędnego, wprawdzie z natychmiastowym dobrym wynikiem, lecz z pojawieniem się cukromoczu u karmiącej w trzy tygodnie potem. Ponieważ dziecko ssać nie chciało, usunięto somatozę; wówczas ustąpił bardzo szybko cukromocz, lecz razem z nim zniknęło i wydzielanie mleka. Związek podawania somatozy z cukromoczem da się na razie wyjaśnić tylko zapomocą przypuszczeń; niemniej jednak zdaje się on oczywisty i nawołuje do tego, aby dokładniej, niż dotąd, zbadać wskazania i przeciwwskazania wszelkich albumoz. Le Gendre, który nigdy nie spotkał cukromoczu po podaniu somatozy, zwraca uwagę, że w czasie karmienia nieraz samoistnie pojawia się cukier w moczu, że więc należy zgromadzić więcej spostrzeżeń w rodzaju spostrzeżenia Rénona, zanim się przyjmie za rzecz pewną związek cukromoczu z zadawaniem somatozy. (S. m. H.).

Ażeby określić sprawność czynnościową wątroby, wprowadzają Roger i Garnier oznaczoną ilość siarkowodoru do jelit i szukają go następnie w powietrzu wydychanem zapomocą papierka napojonego octanem ołowiowym. Sposób ten opiera się na tej okoliczności, że w stanie prawidłowym trzeba pięć razy więcej siarkowodoru wprowadzić do żył obwodowych, niż do żyły bramnej, ażeby gaz ten odnaleść w wydychanem powietrzu. Wątroba zatrzymuje więc znaczną ilość siarkowodoru; w stanach chorobowych komórki wątrobnej, np. w doświadczalnem zatruciu fosforem, potrzeba dwukrotnie mniejszej ilości siarkowodoru. Autorowie sądzą, że sposób ich nada się także do celów klinicznych (S. B.).

W końcu niech mi będzie wolno wspomnieć o badaniach Albarrana i Hallégo nad przerostem gruczołu krokowego, których wyniki przedstawili już autorowie Towarzystwu biologicznemu. Sądzą oni na podstawie badania 68 przerosłych gruczołów krokowych, że punktem wyjścia przerostu jest zawsze tkanka gruczołowa właściwa i że przeważna część chorobowo zmienionych odcinków gruczołu składa się właśnie z rozszerzonych gruczołów; zmiany podścieliska są zazwyczaj ogniskowe i mają być, zdaniem autorów, zawsze sprawą następową. W 12 przypadkach, klinicznie przedstawiających się jak zwykły przerost, utkanie powiększonego gruczołu przedstawiać miało miejscami cechy gruczolaka, a nawet raka; stąd biorą autorowie pochop do twierdzenia, że ze zwykłego przerostu może się stopniowo wykształcić gruczolak, a dalej rak gruczołu krokowego. Spostrzeganie kliniczne ma to zapatrywanie o tyle potwierdzać, że niekiedy przed rozwojem raka stercza długi czas istnieją objawy zwykłego przerostu, i że u jednego chorego spostrzegali A. i H., w dwa lata po wycięciu przerosłego tzw. płatu średniego, rozwój raka w miejscu operowanem. O ile wogóle autorowie zdołali udowodnić, że zwykły tzw. przerost stercza jest sprawą „sensu stricto“ nowotworową, (na co zresztą podpisany na zasadzie własnych badań zgodzić się nie może), o tyle i dalsze ich wnioski, mimo uderzającego ich stósowania zasady „post hoc, ergo propter hoc“, byłyby dość uspra-

wiedliwione; na razie jednak, przed ukazaniem się całości pracy, trudno wydać sąd stanowczy.

Opuszczając za kilka dni Paryż, kończę na tem moje stąd listy; jeżeli przyniosły one komukolwiek jakąś korzyść, to może następca mój zechce napisać ciąg ich dalszy i wolny od popełnionych przezemnie usterek i braków. Na ich usprawiedliwienie i moją obronę niech posłuży chyba przysłowie „Podług stawu grobla“.

Dr. Ciechanowski.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 22 Września.

* W ostatnim (wrześniowym) zeszycie »Zdrowia« znajduje się artykuł pod tyt. »Mur chiński«, w którym autor zastanawia się nad wpływem granic politycznych na rozchodzenie się czasopism do krajów ościennych; a jeśli jest mu zrozumiałe, że prasa codzienna, polityczna, posiada pewne właściwości lokalne, przykuwające ją do zakreślonego obszaru czytelników, to już w żaden sposób tego nie można powiedzieć o czasopismach treści naukowej. Rozumowanie to skierowuje autor wprost do lekarzy galicyjskich i Księstwa poznańskiego, którym zarzuca zupełne niemal zapoznawanie lekarskiego piśmiennictwa polskiego poza granicami tych dwóch prowincyj. Mówiąc o higienicznym miesięczniku »Zdrowie«, powiada autor, że jeśli czasopisma lekarskie, poświęcone różnym gałęziom medycyny, mogą być bez względu na obcy język i zakrajowe pochodzenie z korzyścią czytane, to pisma higieniczne stanowią tu wyjątek, gdyż higiena, stosowana w życiu, musi w rozległej mierze uwzględniać właściwości klimatu i rasy i z tego powodu higieniczne czasopismo krajowe nie może być zastąpione obcem.

Byłoby rzeczą zupełnie zbyteczną dowodzić, że naród, mówiący tym samym językiem, posiadający i czczący wspólną przeszłość, powinien mieć, bez względu na resztę warunków dzisiejszego swego bytu, wspólną literaturę, będącą symbolem jego jedności. A jeśli się zwrócimy do obchodzącego nas bliżej piśmiennictwa lekarskiego, zwłaszcza peryodycznego, to powstawanie, istnienie i redagowanie naszych czasopism lekarskich oczywiście powinno mieć na oku nie poszczególne zaścianki i lokalne względy, lecz najszerzej pojętą całość umysłowych potrzeb lekarzy polskich. Że tak nie jest, że piśmiennictwo lekarskie polskie nie stoi w szczytowym punkcie pojmowania swych zadań, z czego powstają kolizye i braki, wszyscy to czujemy i wszyscy wiemy, że taki stan rzeczy podkopuje byt czasopism krajowych i pozostawia wolną drogę do wtargnięcia pism obcych, z wielką szkodą dla literatury ojczystej i dla prawidłowego postępu swojskiej nauki.

Zorganizowanie zatem naszej prasy lekarskiej na zasadach ogólnych potrzeb umysłowych lekarzy polskich, powinno być najgłówniejszem zadaniem Sekcyi prasowej przyszłego Zjazdu.

Pierwszem następstwem uregulowania stosunku naszych czasopism lekarskich do ogółu potrzeb lekarzy polskich byłoby pozyskanie przez galicyjską medycynę publiczną organu w »Zdrowiu«. Nasze sprawy sanitarne, o ile należą do samorządu, a nie do Namiestnictwa, kryją się w nieprzejrzanym mroku. Prócz przygodnych i rzadko pojawiających się sprawozdań, cała działalność takich instytucyj, jak szpitale, okręgi sanitarne, miejskie zarządy sanitarne, nie dochodzi do opodatkowanych i interesujących się, co znowu oddziaływa nader niekorzystnie na rozwój wszelkich spraw, dotyczących zdrowia publicznego. Bez jawności, bez dyskusyi, musi nastąpić zatamowanie biegu spraw zdrowotnych, niepewność i powolność w rozwoju inwestycyj sanitarnych, a wreszcie, jako następstwo, schorzenie społeczeństwa i wielki odsetek śmiertelności.

— Ciekawe szczegóły o partactwie lekarskiem w Niemczech zawiera rozprawka Dra Springfelda (»Aerztliche Sachverständigenzeitung« 1898, Nr. 13). Liczba partaczy, którzy zgłosili się u władz (oczywiście znacznie niższa od rzeczywistej), wynosiła w roku zeszłym w Berlinie 476; 1 partacz przypadał na 4·6 lekarzy. Ale, gdy ludność od lat 20 wzrosła o 61%, liczba lekarzy o 172%, to liczba partaczy w tym samym czasie o 1600%!, nie licząc w tem nawet partaczących położnych, felczerów i t. d. 12–15% aptekarzy berlińskich wykonuje partactwo zawodowo, a prócz tego stwierdzono je u 986 osób, zajętych w drogueryach, 618 pomocników lekarskich (»Heilgehülfen«) i 800 akuszerek. Z całej masy partaczy należy około 24% do lepszych stanów; sądownie karanych było 29% partaczy mężczyzn, 14·4% kobiet. (Za spędzenie płodu, kradzież, oszustwa, uszkodzenia cielesne i t. d.). Smutniejsze są zestawienia, dotyczące klienteli partaczy; u jednego z nich, wśród 2559 osób, »leczonych« w ciągu r. 1890, znajdują się sędziowie, wyżsi urzędnicy, adwokaci, profesorowie, i t. p. a nawet czterej... lekarze, zapewne chorzy umysłowo.

Mało znaną jest organizacya partactwa, która nietylko istnieje na wzór zawodowych stowarzyszeń lekarskich »dla obrony interesów stanu«, ale dochodzi nawet ogromnych rozmiarów. Ustawy tych stowarzyszeń zawierają nawet postanowienia o »uzdolnieniu« partaczy, o udzielaniu rodzaju dyplomu przez odrębną komisyę, zatrudnianiu asystentów, używaniu tytyłów, obronie prawnej i t. d. Liczny poczet członków tych towarzystw dostarcza im ogromnych środków pieniężnych, używanych na reklamę i t. p. Największem jest »Deutscher Bund der Naturärzte u. Naturheilkundigen«, rozpadający się na 570 towarzystw z 72.000 członków!; w samym Berlinie ma on 7 oddziałów w 28.000 członków. W Berlinie wychodzi 5 czasopism, zawodowo poświęconych partactwu; z 30 zakładów kąpielowych jest 12 w rękach partaczy; mają oni w końcu 14 lekarzy na swym żołdzie i swoich usługach.

* Powszechnie znana własność torfów górskich silnego pochłaniania cieczy i gazów została zużytkowaną przez higienistów do odwaniania dołów kloacznych i stolców pokojowych. Korzyści tego wchłaniania nie ograniczają się do samej tylko woni, lecz i do asanizacyi, gdyż wchłonięte z cieczami pierwiastki rozkładowe i chorobotwórcze zostają poniekąd zamknięte hermetycznie i powstrzymane w dalszym rozwoju.

Zawiązana w Krakowie spółka »Humus« zużytkowała znakomite nasze torfy górskie, których siła wchłaniania cieczy wynosi 2600%, gdy inne torfy surowe wchłaniają zaledwo 300–900%. Przedsiębiorstwo to zaopatrzyło się w świadectwa powag naukowych, dające wszelką rękojmię doskonałości produktu, oraz pożyteczności jego dla zdrowia publicznego i, z tego względu, zasługującego na gorące polecenie zarządom miast i publiczności.

Mianowania. Lekarzem instytutu politechnicznego w Warszawie mianowany został Dr. Bohdan Korybut Daszkiewicz. Posadę ordynatora szpitala na Pradze otrzymał Dr. Bolesław Jakimiak.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Kazimierz Mossing, znany we Lwowie lekarz, zmarł w tem mieście, licząc lat 61. Dr. Rudolf Golz, wychowaniec wszechnicy krakowskiej, zmarł w Łodzi, w 72 r. życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Zdrowiu* (Zeszyt 156): Artykuł wstępny p. t. »Mur chiński«. Dra Rutkowskiego L.: Przyczynek do badań nad odżywianiem się polskiej ludności wiejskiej. Dra Polaka J.: Projekt organizacyi zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. Dra Fidlera H.: Projekt nowej dyety szpitalnej. W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 17): Dra Brunnera J.: Najnowsze prądy w nauce o odporności. Dra Sedziaka J.: Z kazuistyki laryngo-rynologicznej. W *Medycynie* (Nr. 38): Dra Krausego L.: Przyczynek do kazuistyki zwichnięć bocznych przedramienia. Dra Stępkowskiego Fr.: Ciąża zamaciczna międzywięzadłowa lewa, płód donoszony, koeliotomia, wyzdrowienie. Dra Biernackiego E.: (odcinek). Wybrzeża belgijskie. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 38): Dra Schramma H.: Przyczynek do operacyi przemieszczania ściegien w celu leczenia zniekształceń stopy, wskutek porażenia dziecinnego. Dra Zaleskiego K.: Kilka słów o zapaleniu płuc włóknikowem.

Redakcya otrzymała:

— Prof. Dr. B. Wicherkiewicz: Weitere Mitteilungen über das Xeroform in der Augentherapie. (Odbitka). Wrocław, 1898.

— Tenże: Zur resorbierenden Wirkung des Jodkali bei Staroperationen. (Odbitka). Wrocław, 1898.

— Dr. Krokiewicz A.: Zanik mięśni w przebiegu ostrego gośćcowego zapalenia stawu barkowego. Wyleczenie. (Odbitka). Poznań, 1898 rok.

— Prof. Dr. Reiss: Recherches physiologiques sur la perspiration insensible de la peau. (Odbitka). Paryż, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków 1. Października 1898. Nr. 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z doświadczeń własnych nad leczeniem operacyjnem odwinięcia powieki dolnej (ectropion).

podał

Prof. Dr. Wicherkiewicz.

Powszechnie znaną jest okoliczność, iż tem więcej wymyśla się sposobów operacyjnych przeciw wadom organicznym naszego ustroju, im więcej wady te są różnorodnego pochodzenia i im więcej wymagają ścisłego indywidualizowania. I nie ma się czemu dziwić. Różnorodność bowiem pochodzenia i powstawania takiej wady wymaga też niejednokrotnie nietylko różnych sposobów leczniczych, ale i operacyjnych, by odpowiedzieć wszelkim warunkom etyologii.

Ten stosunek zachodzi właśnie przy odwinięciu powieki, zawdzięczającemu swe pochodzenie najrozmaitszym okolicznościom. Lubo już wymyślono i polecono cały szereg operacyj przeciw tej przykrej, szpecącej i, dla zachowania prawidłowego stosunku gałki, niebezpiecznej wadzie, to jednak często jeszcze znajdujemy się w przykrem położeniu, gdy idzie o wybór postępowania operacyjnego, a niejednokrotnie walczymy z wielkiemi trudnościami, gdy mamy do czynienia z odwinięciem może najczęściej zachodzącem, to jest tem, które powstaje w następstwie zwątlenia wolnego brzegu powiekowego. Do takiego zwątlenia przyczynić się mogą, jak wiadomo, osłabienie mięśnia obrączkowego, jako pozostałość po porażeniu, albo też osłabienie starcze tego mięśnia (paresis senilis), albo też stan zapalny brzegu powiekowego lub spojówki powiekowej. Ale i wszystkie te okoliczności razem wzięte mogą się składać na sprowadzenie tego patologicznego stanu.

Widzimy w takich razach mniej więcej silne przedłużenie wolnego brzegu, nabrzmienie spojówki, która mocą ciężkości swej tem więcej powiekę od gałki oddala. Jeżeli skóra poprzednio już była skróconą albo wskutek wypryskowego zapalenia, lub wskutek łzawienia które wywołuje zapalenie przybrzeżne, brzeg powiekowy coraz więcej się oddala ku dołowi, posuwając za sobą spojówkę, a z nią także i chrząstkę. Gdy stan ten trwa dłużej, wada organiczna, wzmagając się, sprowadza zupełne przesunięcie chrząstki tak, że okręcając się około swej osi poziomej, zwraca górny swój brzeg ku przodowi, a następnie ku dołowi, dolny zaś ku górze. W ten sposób listek przedni powiekowy, składający się ze skóry i mięśnia przesuwa się po tylnym, t. j. po chrząstce ze spojówką i powięzią oczodołowo-chrząstkową i niejednokrotnie oba te listki, które poprzednio, w warunkach prawidłowych, leżały za sobą, leżą teraz w jednej płaszczyźnie, t. j. przedni poniżej tylnego.

Uwzględniając sposób powstawania i okoliczności sprzyjające wytworzeniu się tego wadliwego położenia powieki, starałem się w następujący sposób złemu zaradzić:

Gdy chodzi o odwinięcie powieki u osób młodych, zołzowatych, usiłuję najprzód wpływać na usunięcie tego zboczenia przez stósowne leczenie cierpienia spojówkowego i brzegu powiekowego. Obok środków lekarstwianych, które niejednokrotnie zmieniać wypada, niepoślednią rolę odgrywa przy tem zakładanie opaski uciskowej. Dobry skutek wiele zależy od sposobu zakładania jej i widzimy nie rzadko, że właśnie pod wpływem takiej opaski, założonej po należytem podniesieniu odwróconej powieki, stan wadliwy znacznie się poprawia, a nawet zupełnie ustępuje. Skoro atoli, mimo naszych usiłowań, wadliwe położenie powieki się nie zmienia, lub nie osięga się skutku leczenia, natenczas zwracam się do następującego rękoczynu: Cztery do sześciu mm. poniżej wolnego brzegu powiekowego robię równoległe do niego cięcie, przewyższające długością w obu kierunkach długość brzegu powiekowego. Po odłączeniu skóry ku górze i dołowi, oddzielam cięciem płaskiem część chrząstkową mięśnia obrączkowego, a przesuwając ją ku górze, nakłówam ostrym haczykiem w górę przesunięty dolny brzeg chrząstki, którą należycie obnażam. Ułatwia się bardzo ten okres operacyjny przez to, że asystent wciska dolne sklepienie spojówkowe (fornix) płytą Jaegerowską, i zwraca chrząstkę ku przodowi. Teraz zakładam szwy w następujący sposób: Najprzód w samym środku rany przeprowadzam igłę przez górną wargę rany skórnej, przez dolny brzeg chrząstki poniżej ku górze przesuniętej części chrząstkowej mięśnia obrączkowego, dalej przeprowadzam igłę ku dołowi pomiędzy skórą a mięśniem obrączkowym, t. j. jego częścią oczodołową i, mniej więcej na wysokości dolnego brzegu oczodołowego, wprowadzam igłę przez skórę ku przodowi. W tenże sposób, przeciągnąwszy jeszcze dwie nitki na wewnątrz i zewnątrz od poprzedniej w oddaleniu kilku mm., związuję wszystkie trzy na wałeczku waty, położonej poziomo poniżej cięcia skórnego.

Natychmiast pokazuje się, że brzeg powiekowy przybiera kierunek prawidłowy, jedynie może nieco przedstawia się obniżonym i odstającym. Obniżenie to jednakże później znika. Przez kilka dni zakładam opaskę na oko, a po 5-ciu dniach nitki wyjmuję.

Jakiż jest skutek tego rękoczynu? Przedewszystkiem część chrząstkową mięśnia obrączkowego, przesuniętą ku dołowi, posuwam do góry, a tu ją przytwierdzając, usposabiam do należytego działania. Dalej, chrząstkę okręconą stósownie przywodzę do prawidłowego położenia i do skóry przytwierdzam, a wreszcie, przez czasowe zmarszczenie skóry od dołu ku górze, nadaję powiece podporę, ułatwiającą ustalenie się dwóch poprzednich warunkowych zadań.

Postępowanie to zmierza więc do spełnienia podobnych zadań, jakie Hotz, przy swej operacyi przeciw podwinięciu, postawił sobie; ale tutaj w odwrotnym kierunku. Przy podwinięciu powieki przytwierdzamy przesuniętą skórę do chrząstki, tutaj zwichniętą chrząstkę do skóry. Możnaby w części to zadanie spełnić przez szwy Snellenowskie, ale najprzód nie działamy tak ściśle celowo, a dalej wynik zależny jest mniej więcej od zapalenia odczynowego, połączonego z dość silnym bólem, nieraz i ropieniem, a w każdym razie postępowanie Snellena długo szpeci i utrudza chorego. Mój nowy sposób odpowiada przedewszystkiem najważniejszemu przyczynowemu zadaniu, t. j. przywróceniu części mięśnia obrączkowego fizyologicznego jego działania na chrząstkę. (Fukala wymyślonym przez siebie sposobem operacyjnym, opisanym najprzód w „Berl. klin. Wochenschrift“, 1891, Nr. 11, stara się również odpowiedniej, aniżeli to Snellen czyni, działanie szwów tegoż rozciągnąć nie na kilka tylko punktów, ale na cały brzeg chrząstki i chwali sobie dobre wyniki).

Skoro atoli odwinięcie połączone jest ze znacznem przedłużeniem wolnego brzegu, mianowicie w przypadkach zadawnionego odwinięcia starczego (ectr. senile), przyczem i spojówka dość silnie nabrzmiała, natenczas albo zaraz łączymy powyższe postępowanie z zeszyciem powiek przykącikowem, albo też później je wykonujemy.

Przy odwinięciu porażennem nie będziemy mogli się obyć bez takiego zeszycia częściowego brzegów powiekowych (blepharorraphia), a nie rzadko właśnie ten rękoczyn sam, gdy leczenie przyczynowe nie doprowadzi do pożądanego celu, zboczenie albo zupełnie usunie albo przynajmniej znacznie osłabi. A chociaż moje, powyżej opisane, postępowanie operacyjne i tu wiele do złagodzenia wady przyczynić się może, to jednak nie odpowie ważnemu zadaniu przywrócenia działalności mięśnia, który i tak albo porażony, albo uległ już zmianom zwyrodnienia.

Lubo postępowanie to znowu w innych przypadkach odwinięcia powieki, połączonego z przedłużeniem brzegu lub też bez niego, prawie nigdy, według mego dotychczasowego doświadczenia, nie zawodzi, to jednak zachodzą przypadki, gdzie ono samo nie wystarcza. Mam tu na myśli te mianowicie przypadki, gdzie skóra powiekowa, wskutek długotrwającego wyprysku, uległa znacznemu skróceniu. Już ten wyprysk, pierwotny czy też następowy, w wysokim stopniu ułatwia powstanie odwinięcia powieki. Obnażona spojówka ulega zgrubieniu, a nierzadko i chrząstka nabrzmiewa: jedno i drugie ciężarem swym, odwodząc powiekowy wolny brzeg od gałki, tylko wzmaga wadę. W tych uporczywych a ciężkich przypadkach niestety często ani leczenie długotrwałe ani rozmaite zabiegi operacyjne nie prowadzą do trwałego wyniku. Gdy ani szwy Snellena, ani rękoczyn Szymanowskiego, ani też i przemieszczenie skóry sposobem Thierscha nie prowadziły do celu, użyłem w kilku przypadkach następującego połączonego postępowania, które nadzwyczaj uporczywe cierpienie wreszcie usunęło i, tak pod względem czynnościowym jako też i kosmetycznym, zadowolnić mogło. Najprzód wykroiłem tuż przy zewnętrznym kąciku, stósownie do wadliwego przedłużenia powieki, kawałek trójkątny ze spojówki i chrząstki i to zapomocą noża grotowego, rozpołowiwszy, podobnie jak to Kuhnt poleca, na dwa listki powiekę. (*Beiträge zur operativen Augenheilkunde 1885. Jena*). Po wycięciu trójkąta przedłużam atoli rozpołowienie więcej dośrodkowo i płat tylny, (zamieniony przez chorobotwórcze odwinięcie na przedni), przesuwam na zewnątrz i tu go przytwierdzam kilku szwami. To ma natychmiast ten skutek, że szpara powiekowa się skraca, ale powieka zawsze jeszcze pozostaje odwrócona, albo przynajmniej, przy silniejszem zamykaniu, odwija się. Skutek natomiast staje się zupełnym, skoro natychmiast operacyę tę łączymy z rękoczynem moim, powyżej opisanym. Powieka teraz przyjmuje zupełnie prawidłowe położenie i zachowuje je zawsze. Oczywiście winniśmy przy tem nie zapominać o uwzględnieniu przyczyny cierpienia i, po dokonanej operacyi, wpływać przez dłuższy czas na usunięcie zapalenia skóry powiekowej i spojówki, jako też niemniej starać się o stósowne odżywianie osobnika, cierpieniem dotkniętego.

II. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza.

W sprawie leczenia wrzodów podudzia

podał

Dr. Hubert Dika,

lekarz oddziału.

Leczenie wrzodów podudzia, szczególnie powstałych na tle trwałego rozszerzenia żył, jest częstokroć w praktyce lekarskiej jednem z najniewdzięczniejszych zadań. Chorzy, przeważnie ubodzy, nie potrafią ściśle zastósować się do poleceń lekarskich i, wskutek tego, nie widząc postępu w gojeniu się wrzodu, używają częstokroć rozmaitych środków domowych, a zanieczyszczając coraz bardziej wrzód, dopiero w późnym okresie po raz wtóry zgłaszają się do lekarza, który wtenczas nie ma innego wyboru, jak posłać chorego do szpitala, w celu wykonania najczęściej znaczniejszej jakiejś operacyi, a niestety, dość często, w celu przedsięwzięcia odjęcia kończyny.

Z różnych sposobów leczenia wrzodów żylakowych najwięcej rozgłosu nabrały metody uciskowe, które dość często dają zadawalniające wyniki, wskutek poprawy krążenia żylnego, oczywiście przy odpowiedniem leczeniu samego wrzodu. Znane są sposoby zakładania opasek uciskowych, sprężystych (elastycznych), gumowych, flanelowych, krepowych, opasek z przylepca; wszystkie jednak mają, pomijając już inne niedogodności, tę wadę, że przeważnie szybko się niszczą, są drogie, a nie zawsze prowadzą do zadawalniających wyników leczenia.

W r. 1885 podał Unna sposób leczenia wrzodów podudzia, polegający także na lekkim a jednostajnym ucisku elastycznym kończyny, zapomocą opasek klejowo-cynkowych (Zinkleimverbände)[1]). Dalej w tym kierunku prowadzono doświadczenia w klinice Helfericha w Gryfii, który też opisał dokładnie technikę tych opasek[2]). Wyniki leczenia, otrzymane tym sposobem, ogłosił prof. Haidenhain w r. 1892[3]) i poleca sposób ten, jako jeden z najpewniejszych.

---

[1]) Die Staungsdermatosen des Unterschenkels und ihre Behandlung.

[2]) Jahresbericht über die chirurg. Klinik der Universität Greifswald im Jahre 1889. Leipzig. Vogel.

[3]) Über die Behandlung von chronischen Fussgeschwüren und Eczemen mit Unnaschen Zinkleimverbande. Berl. Klin. Wochenschrift 1892, Nr. 14.

Z opisu jego wynika, że miał do czynienia z wrzodami niewielkimi, bo jako *unicum* mówi o wrzodzie wielkości dłoni, wygojonym pod opaską klejowo-cynkową.

Wskutek polecenia prymaryusza oddziału chirurgicznego, prof Trzebickyego, stosowałem ten sposób leczenia wrzodów podudzia, zarówno na chorych stałych jak i przychodnich, w przeszło 40 przypadkach.

Sam sposób leczenia nie nowy i dziwnem jest, iż pomimo znakomitych wyników, jakie nim osiągnąć można, dotąd bardzo mało używany. Nie zachęcał on dotąd, być może z tego powodu, iż w artykułach np. Haidenhaina i innych opisywano same wrzody małe, poddawane powyższemu leczeniu, a nie wspominano ani słówkiem o zastósowaniu tego sposobu przy wrzodach dużych. Ludność bowiem w Niemczech, więcej dbająca o swoją zdrowotność, zamożniejsza i więcej lekarzowi ufająca, nie dopuszcza do szerzenia się wrzodu. U nas, niestety, przeciwnie; wrzody zaniedbane, duże, a nawet wprost olbrzymie, wcale nie należą do rzadkości. To też Haidenhain, na podstawie swojego doświadczenia, mógł jedynie twierdzić, iż wrzody małe goją się w przeciągu kilku tygodni, cośmy na naszym materyale w zupełności stwierdzili; my zaś doszliśmy do przekonania, że wyniki są równie świetne i wobec wrzodów większych, a czas trwania leczenia, w miarę zwiększenia się rozmiarów wrzodu, nie o wiele się przedłuża. Jedynie tylko wrzody olbrzymie, z powodu których uciekano się dotąd do najradykalniejszego leczenia, t. j. do amputacyi kończyny, wymagają do zupełnego zabliźnienia nieco znaczniejszego czasu.

Z blizko jednorocznego naszego doświadczenia nie możemy dotychczas twierdzić stanowczo, że wyniki osiągnięte będą trwałe i że mianowicie nie okażą się nawroty w miejscach zabliźnionych; ale samo wejrzenie blizn, które są miękkie, podatne i elastyczne, każe przypuszczać, że skłonność do nawrotów jest chyba małą. Zresztą powołam się tu na zdanie Langsdorfa[4]), który wprawdzie leczy wrzody w inny sposób, ale po wygojeniu zakłada opaski klejowocynkowe, twierdząc na podstawie 200 przypadków, że pod takiemi opaskami wytwarza się blizna silna, która nie jest skłonną do nawrotu wrzodu.

Zakładanie opasek wykonywamy w sposób przez Haidenhaina polecony, a mianowicie: Chory moczy kończynę chorą w kąpieli letniej przez godzinę i nawet dłużej tak, aby wrzód dokładnie się oczyścił, poczem, nie obcierając kończyny, zmywamy wrzód płynem przeciwgnilnym. Wrzody wielkie, bardzo zanieczyszczone, poddajemy kilkakrotnej kąpieli z dodatkiem kreoliny i to najczęściej przez szereg kilku dni, po każdej zaś kąpieli opatrujemy wrzód gazą jodoformową. Po oczyszczeniu się wrzodu, a przy wrzodach czystych zaraz po pierwszej kąpieli, smarujemy okolicę wrzodu, podudzie i stopę, począwszy od nasady palców aż poniżej kolana, pastą klejowo cynkową *(Zinci oxydati, Gelatinae albae aa 20.00, Aquae destil., Glycerini aa 80.00)* poprzednio w gorącej wodzie do płynności ogrzaną. Na sam wrzód, jeżeli jest czysty, zdrową ziarniną pokryty, kładzie się kawałek wyjałowionej gazy odtłuszczonej; jeżeli zaś jest atoniczny, lub pokryty za bujną ziarniną, przypala się go poprzód lapisem. Wyjątkowo, jeżeli wrzód jest czysty, a sączy zbyt mocno, można go posypać dermatolem. Na tak nasmarowaną kończynę i przykryty wrzód zakłada się opaskę krochmalną, zamaczaną w ciepłej wodzie, szeroką na 10 ctm., od nasady palców okrężnie ku górze. Przytem należy zwracać uwagę na to, by nie uciskać kończyny i nie robić fałdów i renwersów. Gdy już cała stopa i podudzie są pokryte jedną warstwą opaski, smaruje się na nią znowu pastę klejowo-cynkową tak, by nią oczka gazy wypełnić i zakłada drugą warstwę opaski. Warstw takich zakładamy 3—4 smarując także i najzewnętrzniejsze. Po pół godzinie opaska wysycha i chory może chodzić. Opaska taka pozostaje bez zmiany aż do chwili, kiedy wydzielina wrzodu przesiąka przez powierzchowne warstwy; w początkach wypada ją zmienić co trzy do czterech dni, później raz na tydzień, a w miarę dalszego gojenia się, jeszcze rzadziej. Po zupełnem wygojeniu się wrzodu może opaska od 3—6 tygodni leżeć. Celem zdjęcia opaski chory dostaje kąpiel letnią, w której opaska rozmaka i z łatwością zdjąć się daje. Zauważyć tu wypada, że po założeniu po raz pierwszy takiej opaski, a czasem nawet i drugiej, chorzy prawie zawsze się żalą na boleśność w okolicy wrzodu, nie tak wielką jednak by nie mogli się zajęciom swoim oddawać; opaski zaś późniejsze żadnych nie sprawiają dolegliwości.

[4]) Centralblatt f. Chirurgie 1897 p. 1193.

W niektórych przypadkach, szczególnie u osób wrażliwych, występuje boleśność całej kończyny i to nawet dość znaczna, przeważnie jeżeli chory siedzi, lub w nocy; podczas ruchu zaś bóle ustępują.

W tych przypadkach, zamiast jednej ciągłej warstwy, zakładamy warstwę złożoną z pojedynczych okrężnych opasań (tur), t. j. że za każdym razem, otoczywszy obwód kończyny w jednem miejscu, ucinamy opaskę, a idąc wyżej powtarzamy to samo, aż poniżej kolana. Warstw takich zakładamy dwie, trzecią zaś jest warstwa ciągła. Przy założeniu opaski w ten sposób bóle ustępują.

Zakładanie podobnych opasek z początku wydaje się dość mozolnem; później jednak, przy pewnej wprawie, nie zajmuje to więcej czasu, niż zwykły większy opatrunek chirurgiczny.

(Dokończenie nastąpi).

III. O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych.

Wykład habilitacyjny

Dra J. Wiczkowskiego,

przełożonego pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

(Ciąg dalszy).

Naturalnie najważniejszym składnikiem moczu, o który idzie w zapaleniach nerek, jest białko. Stosunkowo największą ilość białka spotykamy w ostrem zapaleniu miąższowem, zwłaszcza, gdy mało moczu się wydziela, i — w skrobiowatem zwyrodnieniu nerek. Lecz ilość białka nie stanowi miary w rokowaniu: najlepszy dowód, że w pierwszym razie rokujemy względnie dobrze, w drugim — względnie źle. Źle rokować będziemy nawet przy małej ilości białka w przewlekłych zapaleniach śródmiąższowych, gdzie z powodu przerostu lewej komórki serca ilość moczu staje się znaczną. Złe rokowanie odnosi się do zupełnego wyleczenia, a nie do życia, gdyż wiadomo, że chorzy na zapalenie śródmiąższowe mogą żyć

długie lata, wogóle tak długo, jak długo akcya serca nie odmawia posłuszeństwa.

Z drugiej strony oznaczenie ilościowe białka z dnia na dzień, lub co kilka dni, będzie nam bardzo pomocnem w rokowaniu, gdyż pozwoli choćby z najmniejszych, ale stałych wahań w ilości białka wnioskować co do ostatecznego zejścia choroby. Jak już wspomniałem, w śródmiąższowych zapaleniach przewlekłych nerek ilość białka bywa bardzo małą, tylko jego ślad. Tutaj częściej niż w innych rodzajach zapaleń podlega ilość białka wahaniom; często w moczu rannym brak białka, a po obiedzie, wieczorem, szczególnie po umęczeniach fizycznych, nawet po znużeniach umysłowych, białko się zjawia, niekiedy nawet na pewien dłuższy czas znika z moczu, poczem znów występuje. Należy o tem dobrze pamiętać wobec pojawiania się białkomoczu tak zwanego fizyologicznego. Białkomocz wtedy tylko jest fizyologicznym, gdy rzadko kiedy się pojawia i to zawsze po danej jakiejś przyczynie, np. po obfitem mięsnem jedzeniu, po wysilających marszach; podczas gdy białkomocz okresowy, choćby były małe ilości białka, winien już zwrócić naszą uwagę na rozwijające się cierpienie nerkowe. Takim okresowym białkomoczem rozpoczynają się cierpienia nerkowe przy zwapnieniu naczyń w ogólności, a tętnic nerkowych w szczególności; dalej wśród skazy moczanowej, w przebiegu cukrzycy itp. Naturalnie trzeba wykluczyć wszelkie inne choroby, np. gorączkowe, wady serca, wogóle sprawy zastoinowe, wśród których białko w moczu znajdujemy. Wśród cukrzycy można łatwo spostrzegać, jak zwolna i nieznacznie poczyna się białko w moczu pojawiać; ilość jego ciągle się wzmaga, nie rzadko tak bierze górę białko nad cukrem, że znika cukrzyca, występuje zapalenie nerek ze wszelkimi objawami i powikłaniami. Jeszcze na dłuższy przeciąg czasu rozciąga się pojawianie białkomoczu z powodu skazy moczanowej. Tutaj w całej pełni uwidacznia się, że potrzeba częstego badania moczu, bo tak grymaśnie białko się pojawia. Wystarcza ścisłe rozpoznanie skazy moczanowej, aby białkomoczowi w całem tego słowa znaczeniu okresowemu przypisać pewną wagę. Powołując się na doświadczenie innych i moje, podane w mej pracy „O skazie moczanowej“ orzekam stanowczo, że wtedy rozpoznanie skazy moczanowej jest pewne, gdy się wykaże, że kwas moczowy krystaliczny łatwo się z moczu wydziela; a więc nie ilość kwasu moczowego rozstrzyga, tylko własność moczu rychłego wydzielania krystalicznego kwasu moczowego, naturalnie obok innych wskazówek rozpoznawczych. Na szczególniejszą również wzmiankę zasługują przypadki białkomoczu, występującego na tle miażdżycy tętnic, z czem łączy się niejednokrotnie zanik miąższu nerkowego. W takich razach znajduje się tylko ślad białka; wydarzyć się nawet może, że go brak zupełny, a przecież zanik nerek ciągle się posuwa. Tylko ogólne objawy, jak przypadłości żołądkowe, niesmak i gorycz w ustach, brak łaknienia, natomiast znaczne pragnienie, ilość moczu (może dochodzić do 2—3 litrów na dobę), tylko więc powyższe objawy zdradzają, że w nerkach rozwija się sprawa poważna. Równorzędnie wytwarza się przerost gruczołu przyprątnego, pęcherz traci swą elastyczność, mocz zatrzymuje się i to w coraz większej ilości, mimo, że go się może wydzielać dość znaczna ilość. Poczem często nagle po błędzie dyetetycznym, lub nawet po błahej przyczynie, mocz się zatrzymuje, rozwija się prawie nagle nieżyt pęcherza, w dalszym ciągu niemożność utrzymania moczu, przychodzą oznaki zakażenia i chorzy tacy giną wśród objawów ropnicy, różniącej się od mocznicy brakiem drgawek i zapalenia siatkówki. Przeto ilość białka w starszym wieku, choćby mała, przy objawach żołądkowych, samym żołądkiem nie dających się wytłómaczyć, przy wzmożonem pragnieniu, nawet przy dość znacznej z początku ilości wydzielonego moczu, gdy miażdżyca tętnic wybitna, a gruczoł krokowy powiększony, ten białkomocz każe źle rokować ze względu na wyżej wymienione powikłania.

Wiedząc więc z doświadczenia, które choroby mogą sprowadzać zmiany w miąższu lub w śródmiąższu nerkowym, tem samem nigdy nie powinno się zaniedbywać bacznej uwagi na stan nerek.

W moczu mogą się znajdować trzy gatunki białka: *serumglobulina*, *nucleoalbumina*, *paraglobulina*, nadto albumosa i pepton. Najczęściej jest białko surowicze; nukleoalbumina jest głównym składnikiem komórek, dlatego tam jej najwięcej, gdzie komórki rozpadają się (nephritis desquamativa), lub gdzie się znajdują leukocyty.

Paraglobulina przynosi swoją obecnością smutną wróżbę, bo zjawia się przeważnie w najcięższych postaciach zapaleń nerkowych. W przypadkach zapaleń ropnych, z przyczyn już wymienionych, w których zwykle znajduje się znaczna ilość leukocytów, wiele zależy na oznaczeniu, czy ilość białka odpowiada ilości leukocytów, czyli też jest go więcej; innemi słowy, czy obok nukleoalbuminy znajduje się i białko surowicze. Bo właśnie w razie obecności białka surowiczego jest powikłanie ze strony nerek, które bardzo ciąży na szali rokowania.

Albumosa w moczu najczęściej występuje w rozmiękczeniu kości, nowotworach kości i w ostrych wysypkach. Albumosurya często wyprzedza albuminuryę, może również naprzemian z albuminuryą występować, lub też po zniknięciu białka jakiś czas utrzymuje się.

Co do innych składników w moczu w rozpuszczeniu się znajdujących należy nadmienić: w ostrem zapaleniu nerek mocznik i chlorki są zmniejszone, również i kwas fosforowy. Kwas moczowy w ilości swej prawie niezmieniony, zwiększa się zaś ilość ciał ksantynowych. Według Jaassvelda, Stokvisa, Kroneckera utrudniona jest przemiana kwasu bendźwinowego w kwas hipurowy.

W przewlekłem miąższowem zapaleniu ilość mocznika bywa różną, zwykle zmniejszoną; ilość kwasu moczowego wydziela się w prawidłowych granicach, ciała ksantynowe zachowują się odwrotnie jak mocznik; wydzielenie ich wzmaga się wraz z wzrostem obrzęku, a zmniejsza się równorzędnie, gdy obrzęk znika. Sole mineralne są raczej zmniejszone, chociaż stałej zasady pod tym względem dotąd jeszcze niema. W przewlekłem śródmiąższowem zapaleniu nerek, odsetkowa ilość mocznika jest zmniejszoną, bezwzględna dzienna ilość może być prawidłową, jeżeli ilość moczu jest znaczną, a odżywienie dobre. Kwas moczowy, amoniakjużto nie okazują żadnych zboczeń co do ilości, jużto są zmniejszone; ciała aloksurowe stale są zwiększone; w czystem zwyrodnieniu skrobiowatem nerek zdają się wydzielać w prawidłowej ilości i temu prawdopodobnie przypisać należy, że do mocznicy nigdy nie przychodzi.

Dla celów rozpoznawczych i prognostycznych, obok wykazania białka, ważnem jest badanie osadu. Z pomiędzy składników osadu wysuwają się na pierwszy plan wałeczki

Belliniego. Nie wchodząc bliżej w roztrząsanie sposobu, w jaki wałeczki się tworzą, czy z białka, czy z komórek przybłonkowych, tyle na pewne wiadomo, że wałeczek jest wytworem nerkowym. I czy to jest zwykłe przekrwienie nerek, czy jakieś zwyrodnienie, tembardziej, gdy sprawa zapalna, wałeczki okazują się w moczu, różne co do wejrzenia, kształtu, lecz nie do tego stopnia, aby ztąd można wysnuć ścisłe wnioski rozpoznawcze.

Mniej więcej stale powtarza się następująca reguła: w przekrwieniu nerek znajdujemy tylko skąpe wałeczki szkliste; w ostrem zapaleniu wałeczki bywają nasadzone przybłonkami kanalików moczowych (neph. desquamat.), ciałkami krwi czerwonemi (neph. haemorrhagica), leukocytami (nephrit. purulenta); bywają także ziarniste drobno- lub grubo z powodu zwyrodnienia tłuszczowego, lub też nasadzone kryształkami kwasu moczowego lub szczawianu wapniowego. Mogą te wszystkie postacie obok siebie się znajdować lub pewna postać przeważać; często jeden wałeczek w pewnej części szklisty, w innej nasadzony przybłonkami, ciałkami krwi, grubo lub drobno ziarnisty. Mogą być grube, cienkie, długie, krótkie. Rzadko tylko brak ich w ostrem zapaleniu nerek, a wtedy *malum omen*, gdyż świadczy o słabej sile *vis a tergo*, o osłabieniu mięśnia sercowego, który nie jest w stanie przesunąć wałeczków przez kanaliki. Obecność przeważnej ilości wałeczków ziarnistych każe wnioskować, że sprawa zapalna przechodzi w przewlekłą.

W przewlekłem bowiem miąższowem zapaleniu nerek znajdują się w osadzie te same składniki, co i w ostrem zapaleniu, z tą tylko różnicą, że sprawa zwyrodnienia wybitniej się uwydatnia na składnikach morfotycznych; i tak wyrodnieją tłuszczowo same wałeczki, jak niemniej wyrodnieją osadzone na nich czy to komórki przybłonkowe, czy ciałka krwi czerwone i to w tym stopniu, że zaledwie można dostrzedz ich zarysów. Spotykamy i wałeczki tak zwane skrobiowate, powstałe z przeobrażenia wałeczków szklistych przez długie pozostawanie ich w kanalikach moczowych; obecność więc ich nie świadczy jeszcze o zwyrodnieniu skrobiowatem nerek.

W ostrej i w przewlekłej miąższowej postaci zapalenia znajdują się w osadzie mniej lub więcej często leukocyty, z których tylko jednojądrzaste są pochodzenia nerkowego. Mogą być między nimi i eozynofilne, — według mego doświadczenia, które uzasadniłem w mej pracy, wydanej przed dwoma laty w poznańskich „Nowinach Lekarskich“ — pomyślne zwiastuny co do ostatecznego zejścia choroby. Leukocyty wielojądrzaste pochodzą zazwyczaj z dolnych dróg moczowych. Znajdujemy nadto w osadzie komórki przybłonkowe z kanalików moczowych małe, okrągłe lub wałeczkowate; gruszkowate z miedniczek nerkowych obok płaskich brukowych z pęcherza, a ewentualnie z pochwy u kobiet. Ze względu, że komórki przybłonkowe powyżej wymienione, a mianowicie pochodzące z kanalików moczowych i miedniczek nerkowych, nie są tak cechujące, jakby się spodziewać należało, gdyż podobne co do kształtu są do komórek z przewodów gruczołowych i gruczołów, należących do dróg moczowych, jak z gruczołu nasiennego, Bertholiniego itp., przeto obecność ich nabiera znaczenia tylko przy istnieniu innych danych znanych tak z rozbioru chemicznego, jakoteż mikroskopowego moczu.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Z Zakładu powszechnego do badania środków spożywczych.

Badanie mleka i masła

przez

A. Wróblewskiego.

Z przysyłanego do Zakładu mleka wypadło mi zbadać od 1-go stycznia do 1-go lipca r. b. prób 13. W ośmiu przypadkach mleko było zafałszowane. Wyniki rozbioru widoczne są z załączonej tablicy:

Liczba	Cięż. wł	Tłuszczu %	Pozost. such. %
1	1,0325	0,10	9,7886
2	1,0302	2,44	10,7
3	1,0307	2,45	10,9
4	1,0300	2,52	10,82
5	1,0308	2,37	10,65
6	—	2,4	—
7	1,0312	2,15	10,68
8	1,0326	2,16	11,2350
9	—	2,79	—
10	1,0297	3,22	—

Zawartość tłuszczu oznaczano zapomocą metody Gerbera, a w niektórych wątpliwych przypadkach stosowano dla kontroli areometryczną metodę Soxhleta. Pozostałość suchą obliczano i tylko w niektórych ważniejszych przypadkach oznaczano zapomocą metody podanej niżej.

Tylko mleko pod liczbą 9 i 10 posiada skład prawidłowy. W mleku pod liczbą 5 i 7 wykryto obecność kwasu azotowego, który pochodził z dolanej wody. W większości przypadków mleko zostało zafałszowane w ten sposób, iż zebrano część śmietanki i dodano wody, przez co ciężar właściwy pozostał prawidłowym, zawartość zaś tłuszczu, oraz pozostałości suchej, znacznie się zmniejszyła.

Rozbiór jednej z prób dał wyniki nader ciekawe. Dyrekcya pewnego zakładu leczniczego zauważyła, że chorzy, po spożyciu mleka gotowanego w kuchni zakładowej, cierpią na rozstrój trawienia. Pod liczbą 1 zapisany jest skład tego mleka. Posiadało ono smak lekko gorzkawy, barwę żółtawą i odczyn silnie alkaliczny; alkaliczność wynosiła 12,5; popiołu zawierało 0,9468%. W mleku tem została też wykrytą obecność p e p t o n u. Zapomocą siarkanu amonowego wysoliłem z tego mleka ciała proteinowe, z przesącza oddaliłem siarkan amonowy zapomocą ogrzewania z wodnikiem i węglanem barowym i następnego ogrzewania na łaźni wodnej, dopóki nie znikła woń amoniaku. Zapomocą bezwodnika węglowego straciłem małą ilość rozpuszczonego baru i w przesączu otrzymałem piękny różowy odczyn biuretowy, podczas gdy roczyn otrzymany w podobny sposób z mleka prawidłowego nie wykazuje obecności peptonu. Prócz tego, po zobojętnieniu i powtórnem przegotowaniu tego mleka, dostarczonego już w stanie gotowanym, przesączyłem część jego przez filtr Chamberlaina i, podczas gdy podobny przesącz mleka prawidłowego nie daje odczynu biuretowego, otrzymałem w danym przypadku silny i wyraźny różowy odczyn biuretowy i inne charakterystyczne dla peptonu odczyny. Obecność peptonu wskazywała na to, iż badane mleko musiało podlegać rozkładowi pod wpływem drobnoustrojów, rozmnażanie się których było ułatwione przez odczyn alkaliczny spowodowany dodaniem sody.

Prócz pomienionych, przysłano do naszego Zakładu trzy próby mleka w celu zbadania, czy nie zostały one zaprawione sodą. Jedna z nich przedstawiała mleko z pewnością prawidłowe. O dwu zaś pozostałych można było z wielkiem prawdopodobieństwem wnioskować, że nie były zapra-

wione sodą. Były to próby mleka zsiadłego, już sam ten fakt wskazywał, że nie mogły one zawierać większych ilości sody, inaczej bowiem nie skwaśniałyby w ciągu dni paru. Pozostałość sucha serwartki: 6,8063 i 6,1478, zawartość popiołu w serwatce: 0.7738 i 0,6936 i alkaliczność tego popiołu: 3,95 i 4,10, nie pozwoliły przypuszczać, aby to mleko było zaprawione sodą.

Dla stwierdzenia obecności sody w mleku posiadamy bardzo niedoskonałe metody i w większości przypadków zadawalniamy się stwierdzeniem alkalicznego odczynu mleka. Przy badaniach ilościowych bywa czasem oznaczaną alkaliczność popiołu, lecz popiół mleka zwykle posiada odczyn alkaliczny i alkaliczność ta może się wahać w pewnych dość znacznych granicach, co wielce osłabia wartość tego miernika. A trzeba przyjąć i to pod uwagę, że fałszerzowi wystarcza dodanie kilku kropel roczczynu sody do garnca mleka, aby je na czas pewien uchronić od skwaśnienia. Wobec tego byłoby wielce pożądanem opracowanie zupełnie pewnej metody dla wykrycia i ilościowego oznaczania małych ilości sody dodanej do mleka, a to najbardziej dla tych przypadków, w których pomimo dodania sody odczyn mleka stał się już kwaśnym.

Masło. Jedna próba masła, przysłanego do rozbioru, wykazała ciężar właściwy tłuszczu — 67,6° przy ciepł. 100°; wskazywała liczbę refraktometru — 42 przy ciepł. 40°, przedstawiała więc masło krowie, lecz była ona zanieczyszczona znaczną ilością sernika, a więc pozostałościami z mleka, co powoduje prędkie jełczenie masła. Druga próba masła posiadała stopień zjełczenia 17,8; wobec tego była zupełnie niezdatna do użytku.

Do oznaczania wilgoci w mleku i maśle używałem, jak o tem wspominałem wyżej, metody, którą tu podaję:

Wycinam ze szwedzkiej bibuły paski długości metra, szerokości 2 do 3 ctm.; zwijam je w rolki w ten sposób, aby pomiędzy oddzielnymi zwojami powstawały luki i aby ścianki zwojów jaknajmniej dotykały do siebie (Fig. 1). Pięć do dziesięciu takich rolek wstawiam obok siebie do szklaneczki wagowej (Fig. 2 obraz widziany z boku i Fig. 3 z góry).



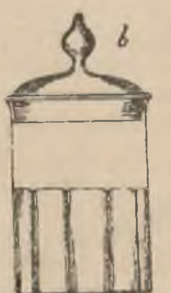




Fig 1. Fig. 2. Fig. 3.

Kilka lub kilkanaście tak naładowanych szklaneczek, które zostały w ciągu 8 godzin wysuszone przy ciepł. 100—105°, przechowuję w eksykatorze. Dla oznaczenia wilgoci w mleku wypuszczam z pipety 10—20 c. sz. badanej cieczy do szklaneczki, wyjętej z eksykatora, kroplami, ostrożnie, na powierzchnię wszystkich rolek, aby je równomiernie zmoczyć: mleko wsiąka do papieru i nie zbiera się na dnie naczynia. Dla oznaczenia wilgoci w maśle, kładę je przy ważeniu w kształcie małych kawałeczków na rolki (5 do 10 gramów) i pozwalam stopnieć powoli przy letniej ciepłocie, aby ono równomiernie wsiąkło we wszystkie rolki. Takie szklaneczki z mlekiem lub masłem suszę w ciągu 8 godzin przy 100 do 105° i wówczas ważę.

Do mleka można używać szerokie i nizkie szklaneczki, do masła lepsze są wązkie i wysokie. Wady metod używanych dotychczas do oznaczania wilgoci w mleku i maśle dobrze są znane każdemu chemikowi. Gdy się masło roztopi w miseczce, woda zbiera się na dnie i przy podegrzaniu do wyższej ciepłoty pryska, przy 100 zaś stopniach trzeba mięszać pręcikiem w ciągu wielu godzin i ostatecznie bardzo trudno je wysuszyć. Stosowanie piasku, azbestu i innych t. p. dodatków nie na wiele się przydaje. Mleko tworzy przy suszeniu na swej powierzchni t. zw. kożuszek, który przeszkadza ulatnianiu się wilgoci; dodawanie zaś kwasu octowego, wyskoku i t. p. nie usuwa w zupełności tej wady, a sprowadza inne.

Przy stosowaniu mojej metody nie używa się dodatków ubocznych, oprócz szwedzkiej bibuły. Wielka powierzchnia, na której substancya zostaje rozdzielona, ułatwia parowanie wody. Przy badaniu mleka unikamy w ten sposób kożuszka, a przy badaniu masła — jego pryskania [1]).

Metodę tę można też z powodzeniem stósować do oznaczania wilgoci w wszelkich tłuszczach, w smalcu, glycerynie, olejach, pokostach, pomadach i t. p.

Rolki papierowe mogą być wykonywane fabrycznie i sprzedawane po bardzo nizkich cenach.

V. Wyciągi.

Ernst v. Bergmann: **Chirurgiczne leczenie guzów mózgu.** *(Volkmann's klin. Vortr. N. F. Nr. 200).* W żadnym dziale chirurgii rozpoznanie i postępowanie operacyjne nie zawisło tak bardzo od fizyologii i anatomii, jak właśnie w zakresie guzów mózgu. I jak fizyologia mózgu w żadnym kierunku nie jest jeszcze dziedziną zamkniętą i wykończoną, tak i o chirurgicznem leczeniu guzów mózgu nie możemy dziś wyrzec ostatniego słowa, mimo znakomicie rozwiniętego postępowania bezgnilnego i udoskonalonej techniki otwierania czaszki. Gdyż „te tylko nowotwory kory mózgowej mogą „być rozpoznawane z niejaką pewnością, konieczną dla chi„rurga, gdy się ma zdecydować na otwarcie czaszki, które „wyrastają ze zwojów środkowych (gyri centrales), lub z naj„bliższego ich sąsiedztwa, albo też wzrastając od przodu, „tyłu i dołu, aż do nich dotarły“. A zatem więcej niż $^2/_3$ całej powierzchni półkul mózgowych stanowi przestrzeń niedostępną dla ściśle umiejscowiającej dyagnostyki.

Technika otwierania czaszki dziś znakomicie rozwinięta. Nie potrzebujemy nawet stawiać ściśle topograficznego rozpoznania. Nie operujemy bowiem na dnie wąskiego kanału, wyciętego trepanem, lecz pod ochroną aseptyki, trzymając się idei, wskazanej przez Wagnera, wycinamy duży płat skórno-okostnowo-kostny, który to sposób pozwala nam odsłonić choćby i całą półkulę. W miejsce pierwotnego dłuta i młotka, poczęto używać kleszczy kostnych, a w ostatnich czasach piłeczek drucianych.

Dzięki tym udoskonaleniom szerokie otwarcie czaszki przez niektórych bywa tak lekko branem, jak swego czasu laparotomia próbna. A niesłusznie, gdyż dla operatora „*suprema lex*“ powinno być „*salus aegroti*“. Tymczasem z wielu. do dziś wykonanych kraniotomii, nie jedna nie tylko nie uzdrowiła chorego, lecz przyprawiła go o utratę życia, lub co gorzej na nowe naraziła cierpienia. Niebezpieczeństwo grozi z wielu stron. Pierwsze i najmniejsze, to zakażenie rany, które, mimo dzisiejszego postępowania bezgnilnego, w tym lub owym przypadku pociąga za sobą ropne zapalenie opon i nieunikniona śmierć. Sam autor z tej przyczyny stracił jednego chorego z guzem opony twardej, wrastającym w kość. Większe niebezpieczeństwo grozi ze strony wstrząsu (shocku). Wedle zestawienia Auvraya z 47 operowanych w pierwszych 36 godzinach umarło 13, zatem 27·6%. Szereg bezpośrednich niebezpieczeństw zamyka krwotok, nad którym jednak w ten lub ów sposób zapanować potrafimy.

Nie mniej przykremi bywają późniejsze następstwa operacyi. Przedewszystkiem po najidealniejszym przebiegu

[1]) Szkodliwego wpływu, jaki wywiera powietrze w czasie suszenia, metoda ta nie usuwa, do tego celu służą piecyki do suszenia w atmosferze wodoru, do których mogą być wstawiane i szklaneczki z rolkami papierowemi.

powstać muszą we wnętrzu czaszki zrosty między oponą twardą i kością z jednej, a powierzchnią mózgu z drugiej strony. Lub też w razie ubytku w oponie twardej mózg przyrasta bezpośrednio do sklepienia czaszki. Czy zrosty takie są obojętne? Brak nam cyfr, brak niemal zupełny dokładnych danych, lecz wszakżeż takie właśnie zrosty obwiniamy o przyczynę padaczki. Natomiast już nieraz opisywano wypadnięcie mózgu jako bezpośrednie następstwo zabiegu (nie owo wypadnięcie, które powstaje dopiero później w następstwie zakażenia ropnego, lub tworzącego się ropnia). Powstaje ono tuż po przecięciu opony twardej. Wedle doświadczenia autora nie zapobiega mu nawet przecinanie opony twardej w środku utworzonego pola operacyjnego. Nie ma sposobu na to, by taką część wypadniętą napowrót odprowadzić. Uciskając na nią całym płatem Wagnerowskim można ją uszkodzić w wysokim stopniu. Następstwem: aleksya, parafazya, niedowłady itp. W jednym przypadku autora substancya mózgowa, rozmiękła i przekrwiona, istotnie wypływała przez ranę skórną na zewnątrz aż do śmierci operowanego. — Czasem przyczyną wypadnięcia bywa obrzęk mózgu, powstający po otwarciu czaszki z przyczyn mechanicznych t. j. zmniejszonego ucisku śródczaszkowego, odpłynięcia cieczy mózgowo-rdzeniowej, mechanicznego obmacywania powierzchni etc. Obrzęk w jednych przypadkach wywołuje objawy przemijające po paru dniach, w innych może stać się bezpośrednią przyczyną śmierci.

Zatem dość przyczyn, aby „kraniotomia, jako czasowe „otwarcie czaszki, dla sumiennego i rzeczy świadomego chi„rurga nie była ani pomocniczym tylko środkiem rozpozna„wczym, ani też w przypadkach rozpaczliwych ostatnią „stawką“, i to tem bardziej, że nawet w przypadkach przebiegających bez zarzutu, nie zawsze uda się nam po wyłuszczeniu guza z mózgowia usunąć wszystkie objawy. Niektóre z nich, zależne od zwyrodnienia włókien nerwowych, pozostaną na zawsze. Dlatego też rokowanie, tem lepsze, im wcześniej operujemy, czyli im wcześniej guz taki rozpoznamy. Jak już poprzednio nadmieniliśmy chodzi tu przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, o guzy usadowione w zwojach środkowych. Usadowienie ich sprawia, że objawy miejscowe więcej wpadają w oczy, niż mózgowe ogólne. Pierwsze razem wzięte stanowią ową powszechnie znaną padaczkę Jacksonowską. Wyliczając je pokrótce i chronologicznie na pierwszem miejscu wspomnieć należy o pewnych ogólnych zaburzeniach w czuciu mięśniowem w tych mięśniach, w których następnie pojawiają się kurcze drgawkowe; z kurczów tych na szczególniejszą uwagę zasługuje t. zw. *monospasmus*. Kurcze takie mogą szerzyć się, lecz w pewnym porządku n. p. z mięśni twarzowych przechodzą na mięśnie kończyny górnej, a nigdy dolnej; z mięśni ramienia kurcze przechodzić mogą albo na twarz albo na nogę, zależnie od kierunku rozrostu guza. Po kurczach przychodzi kolej na porażenia trwałe, nieprzemijające; trwałe porażenia pojedynczych mięśni mają dla rozpoznania o wiele większe znaczenie, niż kurcze. Obok tych zmian miejscowych upewniają w rozpoznaniu ogólne objawy mózgowe, jak zawroty, ból głowy itd. i zmiany na dnie oka. Te ostatnie wcześniej występują w przypadkach nowotworów rozsuwających tkankę nerwową, niż w przypadkach nowotworów niszczących ją i zastępujących jej miejsce.

Podobny zbiór objawów, jak w przypadkach guzów w zwojach środkowych i najbliższem ich sąsiedztwie, spotykamy i w innych chorobach. Na pierwszem miejscu stawia autor histeryę. Lecz zdarzający się w niej *monospasmus* nie pojawia się stale w jednym mięśniu, porażenia ruchu i czucia występują naprzemian z kurczami i bez żadnego typu, zwłaszcza zaś znamienne ograniczone znieczulenia zwrócić powinny uwagę w kierunku histeryi. Nadmienić jednak należy, że zdarzają się przypadki, w których ostatecznie rozpoznanie zawisło od obecności lub braku tarczy zastoinowej. Mocznica (*uraemia*) również mogłaby dać powód do pomyłek. Zwykle na dobrą drogę naprowadza badanie moczu. Porażenie ołowiowe cechuje się między innemi wyłącznem porażeniem mięśni wyprostnych kciuka. Bardzo podobne objawy, często niedostępne dla rozpoznania różniczkowego, dają zapalenia, ropnie, kilaki i guzki gruźlicze mózgu i samoistna padaczka Jacksona. W razie niepewnego rozpoznania radzi autor postępować tak, jakgdybyśmy mieli przed sobą nowotwór, więc otworzyć czaszkę. W wyjątkowych przypadkach nowotwór mózgu może naśladować rozpoczynającą się *poliencephalitis acuta* dzieci i niedołęztwo porażenne dorosłych.

Trudniejszem znacznie jest rozpoznanie nowotworu rozwijającego się gdzieindziej, nie w zwojach środkowych, a do największych trudności należy dokładne określenie jego siedziby. Zwykle mamy do czynienia z ogólnymi objawami mózgowymi; rzadko z miejscowymi. Określając siedzibę kierować się wypadnie głównie zachowaniem się tarczy zastoinowej. Może ona występować bądź z początkiem cierpienia, bądź dopiero po dłuższem trwaniu ogólnych objawów. Tarcza zastoinowa może istnieć tylko w jednem oku, albo w obu i to w jednakowym stopniu po obu stronach, lub też wybitniej po jednej. Dokładne szczegóły podaje v. Bramann. Ważną też bardzo okolicznością jest obecność lub brak wybroczyn na dnie oka. N. p. guzy móżdżku sprowadzają wprawdzie tarczę zastoinową po obu stronach, nigdy jednak nie spostrzegano wtedy wybroczyn.

Kiedy się nam powiedzie rozpoznać nie tylko sam guz, ale i jego usadowienie, (a dzieje się to, jak dotychczas, tylko w przypadkach nowotworów półkul w zwojach środkowych) ważnem jest dowiedzieć się nieco o jego rozmiarach i przyrodzie. Wskazówek pewniejszych mamy dwie: obecność tarczy zastoinowej świadczy o większych rozmiarach guza a rozległość porażeń, (nigdy kurczów), pozostaje w prostym stosunku do wielkości nowotworu.

Badanie całego ustroju obok objawów miejscowych pozwala nawet z pewnem prawdopodobieństwem wnosić o przyrodzie guza. Wchodzą tu w rachubę ogólne objawy kiły, gruźlicy, obecność bąblowca lub raka w innym narządzie; z miejscowych zaś przemijające i gwałtowne nasilenie objawów ucisku mózgu spostrzegano w przypadkach mięsaków i wsporniaków, obficie unaczynionych. W ostatnim przypadku gdy wsporniak lub mięsak przerósł przez oponę twardą i przylega tuż do kości, występuje wybitny ból przy opukiwaniu czaszki. Objaw ten stwierdzono również przy zwyrodnieniu torbielowatem nowotworów.

Pomijając trudne rozpoznanie, sama technika wyłuszczania guzów mózgowia z innych okolic natrafia na znaczne, często nie dające się przezwyciężyć, przeszkody. Np. rozpoznanie guzów móżdżku względnie często udaje się, z powodu jednak przebiegu zatoki poprzecznej trudno do guzów się dostać. Zresztą dotychczasowa statystyka nie jest bynajmniej zachęcająca. Auvray zestawia 23 dotyczących operacyj usiłowanych, z tych jednak tylko w 4-ch udało się dojść do guza. Z tych 2-ch chorych zmarło po operacyi, dwaj zaś inni pozostali i po operacyi głuchymi, ślepymi i porażonymi.

Obok tego istnieją pojedyncze spostrzeżenia, w których rozpoznawano i na drodze operacyjnej usunąć usiłowano guzy z podstawy czaszki. Te które wyrastają w okolicy kości skalistej dostępnymi byłyby może dla chirurga drogą jaką Krause wycina zwój Gassera. *Herman.*

Bodin: **Prątek durowy w jabłeczniku (cidre).** (*Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, Nr. 7). Rozstrzygnięcie pytań, czy prątek durowy, zawarty w wodzie, użytej do wyrobu jabłeczniku, nie ginie w czasie kiśnienia, i czy zachowuje on swą żywotność, dostawszy się np. z wodą zakażoną, do gotowego już napoju — nie posiada wprawdzie u nas tej doniosłości, co w ojczyźnie autora; jednakże nie jest ono bez znaczenia, choćby na przyszłość, wobec nawoływań do wyrobu krajowych win owocowych. B. stwierdził, że prątek durowy ginie w gotowym jabłeczniku w 2 do 18 godzin, jeśli kwasota tego napoju nie jest niższa od 2‰ (kwasu

jabłkowego); jeśli kwasota wynosi 0·8 do 1‰, może prątek durowy zachować swą żywotność 3 do 4 dni; jeśli zaś kwasota = 0, aż do 20 dni. Wszelkie rodzaje jabłecznika posiadają zazwyczaj od ukończenia kiśnienia, aż do chwili spożycia, kwasotę wyższą od 2‰, wobec czego prątek durowy nie może się w nich utrzymać dłużej, niż 18 godzin; niemniej po zmięszaniu z wodą zakażoną prątkiem durowym należy przez dobę uważać jabłecznik za niebezpieczny dla zdrowia. *C.*

Gengou: **O przyrodzonej odporności ustrojów jednokomórkowych przeciw jadom drobnoustrojów.** *(Annales de l'Institut Pasteur,* 1898, Nr. 7). Posługując się jadem tężcowym i błoniczym, stwierdził G., że wymoczki i drożdże są na ich działanie zupełnie odporne i że nie ulegają działaniu chemotaktycznemu ani w znaczeniu dodatniem, ani ujemnem. Dla patologii zwierząt wyższych wynik ten posiada o tyle znaczenie, iż przemawia on na korzyść zapatrywań, przypisujących przyrodzoną odporność niewrażliwości żyjących komórek na jady. W takich bowiem ustrojach jednokomórkowych, które posiadają tę przyrodzoną odporność na pewne jady, nie ma mowy ani o własnościach ochronnych krwi ani o szybkiem wydaleniu pochłoniętych jadów, ponieważ ustroje te znajdują się wśród samych jadów i w ciągłej z niemi styczności; w grę wchodzi tu tylko „immunitas histogenes“, jak ją nazwał Behring. Prawdopodobnie więc i komórki zwierząt wyższych, posiadających odporność wrodzoną względem pewnych jadów, mają te same własności, co ustroje jednokomórkowe. *C.*

Nowak Julian: **Badania doświadczalne nad zmianami histologicznemi, wywołanemi przez jady wężów i skorpionów.** *(Annales de l'Institut Pasteur,* 1898, Nr. 6). Jady wężów i skorpionów, wstrzykiwane rozmaitym zwierzętom pod skórę, wywołują bardzo szybko rozległe zmiany przedewszystkiem w wątrobie, która ulega znacznemu stłuszczeniu; obok tego rozwija się martwica komórek wątrobowych, zajmując je przy większych dawkach jadu prawie wszystkie, dalej występuje dezintegracya zrazików wątrobowych, wreszcie spotyka się także zmiany w kanalikach żółciowych, których ściany nacieknięte są limfocytami, przenikającymi niekiedy do światła kanalików. Bardzo znacznym zmianom ulegają także nerki; tutaj ulegają stłuszczeniu przedewszystkiem cewki kręte; stłuszczenie to rozwija się jednakże powolniej, niż stłuszczenie wątroby. Jeżeli zwierzę przeżyło dłuższy czas po wstrzyknięciu jadu, spotyka się także obumieranie przybłonków cewek krętych, a w końcu rozwija się zapalenie miąższowe lub krwotoczne. W śledzionie i w mięśniu sercowym zazwyczaj zmian niema; przy bardzo znacznych stłuszczeniach innych narządów spotyka się jednakże i tu niewielkie stłuszczenia komórek miąższowych. Na uwagę zasługują zmiany w płucach, w których nader często rozwija się ogniskowe zapalenie.

Najsilniej dotkniętą jest zawsze wątroba. Narząd ten ma zadanie nietylko wydzielnicze, ale także, jak się zdaje, zobojętnia on po części rozmaite jady, dostające się do ustroju. Prawdopodobnie więc szkodliwy wpływ pewnych jadów na komórkę wątrobową polega właśnie na jej fizyologicznych własnościach; nie mogąc ani zniszczyć, ani zobojętnić pochłoniętego jadu, ulega komórka wątrobowa głębokim zmianom pod jego wpływem. Ponieważ zmiany innych narządów nie zawsze się pojawiają, przeto tylko zmiany wątroby można uważać za swoiste niejako dla zatrucia jadami wężów i skorpionów.

Działanie tych jadów na komórki ustroju przedstawia wogóle dużo podobieństwa do działania jadów febry żółtej. *Doc. Ciechanowski.*

Dr. Magnus Blauberg: **Doświadczalne i krytyczne badania kału osesków przy naturalnem i sztucznem odżywianiu.** (Berlin, nakład Hirschwalda, 1897). Autor, uwzględniając w swej pracy chemiczny skład mleka kobiecego i fizyologię trawienia osesków, podaje sposób chemicznego badania kału osesków co do składników organicznych i nieorganicznych, wypróbowany w 5 rozbiorach kału osesków, karmionych mlekiem kobiecem i w 3 rozbiorach kału, karmionych mlekiem krowiem. Te 8 rozbiorów są liczbami przeciętnemi z przeszło 50 rozmaitych kałów, gdyż do każdej z tych 8 prób użyto mięszaninę kału 6—8 osesków, znajdujących się w równym wieku, jednakowo żywionych i jednakowo rozwiniętych. Badania te doprowadziły autora do następujących wniosków: od 3—4 dnia traci kał osesków cechy smółki, przybiera barwę żółtawą i staje się mazisty; zawartość wody waha się między 75 a 85%. Zapach nieco kwaśny, wywołany jest przez wolne kwasy tłuszczowe i przez tworzący się kwas masłowy; wyjątkowo w kale istnieją inne wytwory rozkładu, jak indol. Czy żółć działa przeciwgnilnie, nie wiadomo. Kwas cholalowy i cholestearyna, a również i lecytyna (choć w znacznie mniejszej ilości), istnieją zawsze w stolcach. Kwasy żółciowe znachodzą się w małych ilościach; kwasu glykocholowego według Jakubowitscha brakuje. Baginsky zaś go znajdował. Stolce osesków w pierwszym tygodniu życia zawierają w dość znacznej ilości składniki azotowe, obliczone na 4% azotu w substancyi suchej, z czego prawie połowa przypada na połączenia, rozpuszczalne w wodzie, a reszta na nierozpuszczalne. Istoty białkowate znajdują się w stolcach prawidłowych w małej ilości; w zaburzeniach trawienia pojawiają się w wielkiej ilości. Pepton można zawsze wykazać próbą biuretową, szczególnie w świeżym kale. Nukleiny w stolcach osesków, karmionych piersią, niema, występuje przy karmieniu mlekiem krowiem. Ilość tłuszczu w pierwszym tygodniu jest znaczna; od 7—8-go dnia życia znacznie się zmniejsza. Tłuszcz składa się z obojętnego tłuszczu, mydła, wolnych kwasów tłuszczowych i posiada skład tłuszczu mleka kobiecego. Złe wyzyskanie tego tłuszczu tłómaczy się skąpą ilością kwasów żółciowych w żółci oseska i K_2CO_3 w soku trzustkowym. Bardzo prawdopodobnie fizyologiczny stan noworodków, nawet karmionych piersią, zbliża się do biegunki tłuszczowej *(Fettdiarrhoë),* nim ustrój przystosuje się do tego pożywienia. Cukier mleczny, prawidłowo — w małych ilościach, w zaburzeniach trawienia pojawia się obficiej. Ilość ciał mineralnych w substancyi suchej wynosi przeciętnie 13.5%, z czego prawie połowa jest rozpuszczalna w rozcieńczonym kwasie solnym. Sole wapniowe wynoszą około 31.15% rozpuszczonego popiołu, kwas fosforowy wynosi 10—13.5%. W stolcach osesków są znaczne ilości wapna w połączeniu z organicznymi kwasami. Kwasu mlecznego, kwasów tłuszczowych i żelaza jest o wiele więcej w stolcach osesków, karmionych piersią, niż u karmionych mlekiem krowiem. Mówiąc o różnicy składu kału osesków przy naturalnem i sztucznem odżywianiu, należy uwzględnić: 1) różnice, wywołane przez rozmaity skład mleka krowiego i kobiecego. 2) Pewne właściwości, jakie sztuczne odżywienie, jako takie, za sobą pociąga. Różnice pierwszego rodzaju są następujące: przy karmieniu mlekiem krowiem znajduje się w stolcach ilość tłuszczu znacznie zwiększoną, więcej soli wapniowych i kwasu fosforowego, natomiast mniej żelaza. Ta różnica stolców nie jest tak wyraźna w pierwszym tygodniu, jak w późniejszych okresach, gdyż ustrój dziecięcy stara się do pokarmu przystósować. Co się tyczy wytworów gnicia substancyj białkowatych, jak indol, skatol, fenol, zazwyczaj niema ich w kale. Z gazów znajdują się w kale osesków w prawidłowych warunkach te, które się tworzą przy fermentacyi mlecznej i cukrowej, jakoteż gazy z połkniętego powietrza. Wogóle w przewodzie pokarmowym osesków łatwiej gromadzą się gazy z powodu stosunkowo słabej perystaltyki. Z fermentów znajduje się w przewodzie pokarmowym ferment diastatyczny i inwertujący cukier trzcinowy.

Drobnoustroje znajdują się w przewodzie pokarmowym osesków nader obficie, lecz zazwyczaj należą do dwóch tylko gatunków t. j. *bacterium lactis aërogenes* i prątek okrężniczy *(bact. coli.).* *Dr. Bolesław Komorowski.*

Schlöss: **Przypadek wielokrotnych podpalań pod wpływem wyskoku.** *(Wien. kl. W.,* 1898, 38). Zboczenia umysłowe, objęte w wielkiej gromadzie wrodzonej głupowatości,

nie dadzą się właściwie podzielić na odrębne postacie kliniczne. Rozróżnia się wprawdzie głupowatość umysłową od tak zw. „obłąkania moralnego“ *(moral insanity)* i od okresowej drażliwości *(emotiver Schwachsinn)*; jednakże w praktyce rozróżnienie to jest nieraz trudne lub niepodobne, gdyż postacie te nader często ze sobą w rozmaity sposób się łączą. Jako odrębną postać można najłatwiej jeszcze wyróżnić obłąkanie popędowe *(Impulsives Irresein)*, w którego przebiegu pojawiają się popędy do pewnych czynów, nieuzasadnione świadomą przyczyną, a stanowiące często przedmiot dochodzeń sądowo-lekarskich. Dawniej przypuszczano pod tym względem istnienie osobnych chorób samej tylko woli i odróżniano rozmaite „manie“ (klepto-pyro-mania i t. p.); obecnie wiadomo, że czyny popędowe, mające stanowić znamię dawnych monomanij, zdarzają się w rozmaitych chorobach umysłowych, jak np. w pomięszaniu ogólnem *(paranoia)*, w zadumie, w obłędzie ostrym z omamami, a przedewszystkiem w głupowatości. Przypadek autora jest z tego względu zajmujący, że dotyczy osobnika niecierpiącego na żadną z tych chorób, osobnika, który wprawdzie nie jest umysłowo wykształcony i był niedbale wychowywany, ale który nie jest wcale głupkowaty, a w stanie trzeźwym wogóle nie może być uważany za obłąkanego. Człowiek ten dopuszczał się zbrodni podpalenia tylko pod działaniem wyskoku; o jedynym znanym dotąd podobnym przypadku wspomina Kraepelin. Człowiek ten, wznieciwszy 14 czy 15 pożarów, został uznany za niepoczytnego i zamknięty w 26 roku życia w zakładzie obłąkanych, gdzie pozostawał lat szesnaście. Uznany w końcu za wyleczonego i wypuszczony na wolność, wznieca wkrótce, upiwszy się, nowy pożar. Natychmiast uwięzionego badają znawcy sądowo-lekarscy i stwierdzają, że zeznaje on powoli, na pytania odpowiada niewłaściwie, nie pamięta miejsca urodzenia, liczby dokonanych podpaleń i t. d.; na tej podstawie uznają go za niepoczytnego wskutek głupowatości, i ponownie zostaje oddany do zakładu obłąkanych. Tutaj od początku okazuje pełnię władz umysłowych; odpowiada na pytania dokładnie i szybko, nie zdradza braków pamięci i t. d., jest pilny i posłuszny; wogóle niema żadnej podstawy, aby rozpoznawać chorobliwą głupowatość. Sprzeczność między stanem badanego w chwili orzeczenia znawców a jego zachowaniem się w zakładzie wyjaśnia autor w ten sposób, że wobec znawców okazywał badany istotnie opisane zboczenia umysłowe, ponieważ był jeszcze pod wpływem zatrucia wyskokiem; natomiast do zakładu dostał się dopiero w parę dni później, zupełnie już „wytrzeźwiony“. W danym przypadku popędy zbrodnicze występowały więc wyłącznie pod wpływem wyskoku. Pod tym względem lepiej poznano dotychczas działanie wyskoku przy wywoływaniu przewrotnego popędu płciowego, tłómacząc je w ten sposób, że upicie się znosi wpływy hamujące moralne i może doprowadzać do zboczeń nawet wtedy, jeśli na trzeźwo popęd płciowy jest prawidłowy i nie skłania się ku przewrotności. Podobnie zapewne należy tłómaczyć rolę wyskoku i w przypadku autora; wyobrażenia hamujące znikają, a nieznacząca przyczyna wywołuje raźno i bez przeszkody czyn, zwłaszcza odpowiadający pokrewnemu jej wyobrażeniu. (Zakaz udziału w zabawie straży ogniowej wywołał chęć zemsty i przerwania zabawy wybuchem pożaru). *X.*

Stein: **Syringomyelia z całkowitem znieczuleniem po urazie obwodowym.** *(Deuts. Arch. f. klin. Med.* LX, 1). U zdrowego poprzednio mężczyzny pojawiają się, wkrótce po złamaniu kości łokciowej lewej, parastezye, bóle, a w końcu porażenia w lewej połowie ciała; później występują zaburzenia odżywcze na ręce lewej, znieczulenie całkowite po stronie lewej, zmiany w mowie, utrata smaku i węchu oraz zanik języka po lewej stronie. Złamanie kości łokciowej wygoiło się przez staw rzekomy i olbrzymią kostninę, która zmusiła do odjęcia ramienia, poczem znaczna część objawów choroby ustąpiła. Przypadek ten tłómaczy S. w ten sposób, że w następstwie urazu rozwinęła się sprawa gliomatyczna z wytworzeniem jamy w rogach przednich i tylnych, która posuwając się ku górze i dołowi, z jednej strony zajmować poczęła jądra nerwów mózgowych, z drugiej wywołała zmiany ruchowe w nogach. Szczegółem niezwykłym jest całkowite znieczulenie połowicze i zajęcie jąder nn. węchowego i ruchowego jądra n. trójdzielnego. Przypadek S. ma być dowodem, popierającym przypuszczenie Eulenburga, że syringomyelia występuje po urazach obwodowych za pośrednictwem wstępującego zapalenia nerwów, ponieważ nerw łokciowy w kikucie amputacyjnym okazywał bardzo znaczne zmiany zapalne, a rozwój choroby po odjęciu ramienia zatrzymał się. Ze względu na całkowite (bez rozszczepienia rodzajów czucia) znieczulenie lewej połowy ciała, obok utraty połowiczej smaku i węchu, trudno obronić się przypuszczeniu, że w przypadku S., obok innych zmian, istniała także histerya; jednak S. stanowczo temu zaprzecza. *X.*

Probst: **O wpływie rdzeniowych porażeń dziecięcych na wyższe ośrodki nerwowe.** *(Wiener klin. Woch.* Nr. 30). O ile dobrze znanym jest wpływ wyższego (mózgowo-rdzeniowego) neuronu na neuron niższy (obwodowy), o tyle zmiany wyższego neuronu, wskutek schorzenia neuronów obwodowych, przedstawiają wiele jeszcze zagadnień spornych. Sprawę tę badano wielokrotnie doświadczalnie na zwierzętach przez przecinanie i wyrywanie nerwów obwodowych itp., a także u ludzi w kilka lub kilkanaście lat po odcięciu kończyn, wreszcie w przypadkach porażeń rdzeniowych dziecięcych. Najlepszych wyników można się spodziewać właśnie w przypadkach ostatniego rodzaju, ponieważ jest nader prawdopodobne, że zmiany neuronu obwodowego silniej się odbiją na neuronie mózgowordzeniowym w okresie rozwoju, niż wtedy gdy już cały układ nerwowy jest zupełnie wykształcony. Dotychczas jednak nie wiele nasunęło się w ręce badaczy stósownych przypadków porażeń dziecięcych rdzeniowych; ogłoszono ich wszystkiego 3 (Sanders, Rumpf, Collella) a i z tych przypadków jeden powikłany był idyotyzmem, drugi padaczką, a tylko przypadek Rumpfa nie był zaciemniony powikłaniami. Czwarty przypadek, który właśnie ogłasza P., dotyczył 68-letniego żebraka, który w czwartym roku życia dotknięty został porażeniem rdzeniowem dziecięcem, po którem ostatecznie pozostał zanik kończyny górnej lewej i dolnej prawej.

Badając układ nerwowy tego osobnika, znalazł P., jak się można było spodziewać, obraz przebytej *„poliomyelitis“* opisywany już niejednokrotnie. Oprócz tego znalazł się, podobnie jak w owych 3 dotąd znanych przypadkach, zanik pewnych części kory mózgowej, mianowicie w danym razie zanik obustronny zwojów środkowych („Centralwindungen“) [po stronie prawej głównie w najwyższym odcinku] i zanik nie zbyt znaczny lewych *„gyrus marginalis“* i *„g. angularis“*. Kora mózgowa była w tych zwojach o połowę ścieńczała, komórki nerwowe małe, ale dobrze wykształcone; żadnych donioślejszych zmian drobnowidowych P. w korze mózgowej nie stwierdził. W torebce wewnętrznej stwierdził P. zgodnie z Rumpfem i Collellą zeszczuplenie w miejscu przebiegu dróg piramidalnych, same ich włókna niezwykle cienkie, nigdzie jednak nie dostrzegł ani śladu zwyrodnienia. Tak samo w dalszym przebiegu dróg piramidalnych istniał tylko prosty ich zanik. Godną uwagi była małość móżdżku i pomniejszenie ogólne mostu Varola i wzgórków czworaczych, istniejące w przypadku P. W samym rdzeniu pacierzowym spotkał P. zanik obu bocznych dróg piramidalnych, wybitny zwłaszcza w części lędźwiowej.

Sumując wyniki wszystkich czterech znanych przypadków, stwierdza Probst, że w następstwie „poliomyelitis“, a więc w następstwie odpadnięcia wpływów neuronu obwodowego, oddziałuje neuron drugi (mózgowordzeniowy) prostym zanikiem. Utrata lub zanik kończyny wpływa niewątpliwie silniej na mózg rozwijający się, niż na zupełnie wykształcony, niemniej jednak w tym drugim razie wpływ ten istnieje zawsze. Dla nauki o lokalizacyi nie można dotąd wysnuć dalej idących wniosków; to pewna tylko, że po przebyciu rdzeniowego dziecięcego porażenia spotyka się zanik pewnych odcinków kory mózgowej, głównie zapewne ruchowych, gdyż można aż do nich śledzić przebieg zani-

kłych dróg piramidalnych. Za skutek porażenia uważać też należy zatrzymanie rozwoju móżdżku; wiadomo bowiem na pewno, że stoi on w ścisłym związku z jakąś częścią dróg ruchowych, chociaż nie zdołano jeszcze dokładnie połączenia tego określić. *X.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Euphthalminum hydrochloricum $C_{17}H_{25}NO_3.HCl$ jest to bezbarwny krystaliczny proszek, rozpuszczający się łatwo w zimnej wodzie.

B. Treutler i Vossius wykazali, że środek ten rozszerza źrenicę w 5—10% wodnym roztworze równie dobrze, jak 1% roztwór homatropiny. Po zapuszczeniu 2—3 kropli 2% wodnego roztworu następuje po 20—30 minutach rozszerzenie źrenicy miernego stopnia, znikające zupełnie po 2—3 godzinach. U osób starszych działanie jest mniej wybitne i mniej szybkie. Zakraplanie tego środka nie sprowadza bólu i mniej działa na akomodacyę, jak homatropina. Środek więc dobry, gdzie chodzi o rozszerzenie oka w celu badania wziernikiem.

Eka-Jodoform. Celem sterylizowaniania jodoformu, dodaje don Schering 0.05% paraformu, który w zetknięciu z jodoformem przechodzi w lotny formaldehyd, sterylizujący go dokładnie, lecz właściwej woni mu nie odbierający. Thomalla poleca go przy opatrywaniu ran ropiejących.

Ergotinolum, lub liquor ammonii ergotinici. Środek świeżo przez Vosswinkla wprowadzony, działający szybko, u którego 1 ctm.³ odpowiada ilości 0.50 ctm.³ *Extr. sec. corn.* według Farm. niem. Wstrzykuje się go pod skórę w ilości 1 ctm.³ *pro dosi;* więcej jak dwa razy na dzień dawki tej powtarzać się nie powinno. Ból od wstrzyknięcia zmniejszyć można dodaniem małej ilości morfiny, lub kokainy. Polecają go przy krwotokach poporodowych i krwawieniach po poronieniu, także przy zbyt silnem miesiączkowaniu i krwotokach macicznych, powstających nagle i bez widocznej przyczyny.

Extracta narcotica. Ponieważ niema dotąd metody, według której możnaby oznaczyć dokładnie zawartość alkaloidu we wszystkich narkotycznych wyciągach, mierzy ją w każdym wypadku Merck oddzielnie i podaje na paczkach odpowiednich zawartość odsetkową, co lekarzowi niezmiernie dawkowanie ułatwia.

Extractum Betulae alb. aquos. spiss. Jest to wyciąg sporządzony z wysuszonych liści brzozy. Według Winternitza napar z tych liści sporządzony nie drażni nerek, a działa moczopędnie. Podaje się 2—3 razy dziennie wywar z 25.00—35.00 grm. liści na 150.0—200 grm. wody, co już w 24 godzin sprowadza diurezę (nawet do 2000 grm. i więcej moczu), trwającą niekiedy i po odstawieniu tego środka przez czas dłuższy.

Zamiast liści można używać wodnego suszonego z nich wyciągu (Extr. aquos. spiss.), w ilości 1 grm. na 200 grm. ciepłej wody, do wypicia w ciągu dnia.

Extractum Chelidonii aquosum spiss. Jest to wodny wyciąg, bez chlorofilu, otrzymywany ze świeżych liści jaskółczego ziela (Chelidonium majus).

Od czasu wystąpienia Denysenki („Wracz", Nr. 30 i 34 1896 r.) z nadzwyczaj pomyślnymi wynikami leczenia raka tym wyciągiem, znalazło się kilku badaczów, zalecających mniej lub więcej gorąco ten środek. Podawano go zewnętrznie (1.50—3.00 grm. dziennie w wodzie), wstrzykiwano podskórnie (0.50 grm. mięszaniny Extr. Chelid. i aq. dest.), co razem miało po 2—3 tygodniach powodować oddzielenie nowotworu od zdrowej tkanki i stopniowy zanik.

Liczniejszy jednak o wiele szereg autorów, którzy w tym kierunku doświadczenia przedsiębrali, zapatruje się na nowy ten środek krytycznie, lub pesymistycznie.

Extractum Chelidonii liquidum. Ciecz żółta, stosowana przez E. Josepha w trądzie.

Extractum Periplocae graecae fluidum. Jest-to wyciąg z kory „Periploca graeca" (Asklepiadea), rosnącej nad morzem Czarnem. Według Lehmana i P. Burschinskyego zawiera ta roślina glykozyd periplocin, działający na ośrodek serca, gdyż ma wpływ na jego czynność i ciśnienie krwi. Bliższych wiadomości o stosowaniu tego środka jeszcze brak, lecz 5—10 kropli wyciągu na dawkę, w pewnych przynajmniej przypadkach niedomogi serca, podawaćby można z dobrym skutkiem.

Extractum Senecionis vulgaris fluid. Wyciąg z liści i korzeni „Senecio vulgaris". Próbowany przy bolesnem miesiączkowaniu, także przy braku miesiączki. Podawany w większych dawkach i przez krótki czas, podobnie jak ergotinum, działa tamująco w krwotokach, stosowany zaś przez czas dłuższy i w mniejszych dawkach sprowadza regularność.

Przeciw bolesnemu miesiączkowaniu podaje się 3 razy dziennie po 60 kropli wyciągu; przy braku miesiączki po 10—20 kropli kilka razy dziennie.

Rp.: *Extr. Senecionis vulgaris fluid. 50.0*
Mentholi 0.5
MDs.: *10—20 (albo 60) kropli 3 razy dziennie zażyć.*

Ferrosolum. Jest to ciecz czysta, brunatno-czarna. Z dodatkiem kilku kropli jakiegoś obojętnego środka, celem poprawienia smaku, podaje go Böhm 3 razy dziennie po łyżeczce w bezkrwistości, błednicy, neurastenii, ogólnem wycieńczeniu i wogóle ozdrowieńcom.

Przetwory Formaldehydu.

Holrinum i Steriform. Pierwszy jest cieczą, składającą się z 35% formaldehydu, 5% mentolu i 60% alkoholu metylowego, a służy (w postaci pary) do desinfekcyi sal szpitalnych i narzędzi lekarskich. Steriform jest proszkiem bez smaku i prawie bezwonnym, a powstaje przez dodanie 5% formaldehydu do cukru mlekowego. P. Rosenberg podaje go z dobrym skutkiem wewnętrznie w chorobach zakaźnych (gruźlica, róża, błonica); Burghardt i Karewski oświadczają się wyraźnie wprost przeciw tym przetworom.

Furfurolum puris. pro analysi $C_4H_3O.COH$. Jest to ciecz wodojasna, mieszająca się z wodą (1:11), także z alkoholem i eterem, o c. g. 1.16, wrząca przy 160°C. a powstaje przez destylacyą otrąb zapomocą rozcieńczonego kwasu siarkowego.

Służy do wykrycia dodatku oleju sesamowego do masła i sera margarynowego. Produkta margaryny, zmięszane z tym olejem, barwią się za dodaniem kwasu solnego i 2% wyskokowego roztworu furfurolu na wiśniowo-czerwono, podczas gdy czyste masło i białko barwy swej nie zmienia.

Ponieważ furfurol pod wpływem powietrza i światła barwi się na żółto, sprzedają go w zatopionych rurkach.

Sole kwasów żółciowych. Według doświadczeń Stadelmanna, Pfaffa i A. W. Balcha podawanie soli; *natrium glycocholicum* i *natr. taurocholicum* w dawkach, odpowiadających ilości żółci wydzielanej w ciągu 24 godzin, ma wpływ dodatni na to wydzielanie pod względem jakościowym i ilościowym.

Prócz tego Phisalix stosuje *natr. glycocholicum* jako odtrutkę przeciw jadowi żmii.

Gallicinum. Środek polecany przez Mellingera, Bocciego, Suckera i Merza, jako zasypka (1—2 razy dziennie), w pryszczykowem zapaleniu spojówki i powierzchownem zapaleniu rogówki.

Nowszy Jodogallicinum (38% bismutu i 23.6% jodu) proszek bezpostaciowy, ciemno-szary, według Waltera, Schmidta, własnościami zbliżony do airolu.

Glycerynowo-fosforowe sole. Billard i Robin wstrzykują z dobrym skutkiem w zapaleniu nerwu kulszowego (ischias), w miejsca największej bolesności, tuż przy przebiegu nerwu, głęboko w warstwę mięsną przez dni kilka po 1—2—4 ctm.³ 25% roztworu wyjałowionego tych soli. (calcium, magnesium, kalium, natrium glycerinophosphoricum).

Baudet stosuje w bezkrwistości i błednicy wino według przepisu:

Rp.: *Ferri glycerinophosphorici 10.00*
Misce terendo cum Glycer. puriss. 40—50.0
adde:
Vini hispanici albi 1000 0
Digere per horas IV interdum agitando, deinde filtra.

Glutolum (Schleich). Sprzeczne wyniki doświadczeń Thomalli i M. Warmana nie wielkie przyznają glutolowi znaczenie. Zawartość formaldehydu w nim jest mała i zmniejsza się jeszcze przy przechowywaniu.

Dr. J. Żychoń.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Fournier. Zapoznane postacie kiły (wedle »Med. chir. Centr.«, 1898, 35). Autor twierdzi, że kiła stosunkowo często (4—5%) bywa zapoznaną, a jako przyczyny tego podaje następujące: 1) Zakażenia w częściach ciała, położonych poza narządem płciowym; 2) objawy kiły mogą przechodzić prawie niepostrzeżenie, szczególnie u osób mniej o swe zdrowie dbających; 3) często ze względów społecznych lub etycznych, szczególnie u kobiet, ukrywa się rzeczywiste

miano choroby tak, że w tych przypadkach chory nie wie o przebyciu kiły. Zapoznanie zaś jej ma doniosłe znaczenie, bo znane są późniejsze następstwa tej choroby, które mogą się skończyć nader niepomyślnie, gdy nie znaną jest przyczyna choroby. *F. K.*

Haberkorn zasypuje miejsca oparzone czystą sodą i otrzymuje bardzo dobre wyniki, tak co do bólu, który rychło ustępował, jak co do szybkości gojenia się ran, które postępowało prędzej, niż przy użyciu innych środków (»Medico«, 1898, 30). *F. K.*

M. Stern. O chorobach zawodowych (»Münch. med. Woch.«, 1898, 33).

L. Freund. Choroba skórna fotografów (»Klin. th. Woch.«, 1898, 27). Znanem jest, że są pewne zawody, które usposabiają pracujących w nich do pewnych, wewnętrznych lub zewnętrznych chorób. Nawiązując do tej sprawy, opisuje S. pięć przypadków wyprysku pęcherzykowego, spostrzeganego u osób (2 mężczyzn, 3 kobiety), które zajmują się przykrawaniem i szyciem. Wspólne cechy powstawania tego wyprysku na kończynach górnych, przebieg kliniczny i uporczywość, skłoniły autora do twierdzenia, że przyczyna choroby była wspólną, t. j. ich zajęcie.

Podobnie spostrzegał F. przypadek ze zmianami pod postacią »erythromelalgii« i miejscowej zamartwicy (asfiksyi) u fotografa, używającego do wywoływania klisz metolu (amidokresol), tłumacząc powstanie zgrubień przyskórkowych i następowych zmian w czuciu długotrwałem działaniem powyższego środka; dlatego radzi, aby już na flaszkach metolu było wypisane ostrzeżenie i sposób użycia. *F. K.*

VII. Sprawozdanie z IV-go Zjazdu w sprawie gruźlicy

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia 1898 roku.

Oprócz francuskich badaczy uczestniczyła w tym Zjeździe spora garść obcokrajowców, poczęści urzędowych wysłanników rozmaitych państw. Zaraz nawet na pierwszem posiedzeniu był sprawozdawcą w rozprawach, o zapobieganiu gruźlicy u zwierząt, duńczyk, prof. Bang (z Kopenhagi).

Bang wykazuje na podstawie statystyki, że gruźlica bydła rogatego przybiera wszędzie zastraszające rozmiary. Stratę roczną wskutek gruźlicy oblicza Siedamgrotzky dla Niemiec na $6^1/_2$ miliona sztuk. Równie ważnym względem, jak straty ekonomiczne, jest niebezpieczeństwo zakażenia ludzi przez mięso i mleko gruźlicze. Obawa zakażenia za pośrednictwem mięsa nie jest wielką i istnieje tylko w przypadkach ogólnej gruźlicy, gdy i mięśnie są zajęte; niebezpieczeństwa można przytem łatwo uniknąć przez gotowanie mięsa. Obawa zakażenia mięsa zdrowego za pośrednictwem narzędzi rzeźniczych, zawalanych tkankami gruźliczemi, jest przesadną: zakażenie takie jest zawsze powierzchowne, to też nawet lekkie pieczenie lub smażenie wszelkie obawy pod tym względem usuwa. Znacznie większem jest niebezpieczeństwo zakażenia przez mleko, które spożywa się najczęściej w stanie surowym i stanowi główne pożywienie niemowląt, zwłaszcza, że gruźlica wymion, szczególnie w tym razie ważna, jest bardzo częstą. Gotowanie wyjaławia mleko, lecz zmienia jego smak; wystarczy jednak do wyjałowienia ciepłota 85°C., która smaku mleka nie zmienia; obecnie nawet zakazano w Danii sprzedawać w mleczarniach mleko, nie wyjałowione w tej ciepłocie. Sprawdzić, czy mleczarnie nie przekraczają zakazu, jest bardzo łatwo: mleko nie ogrzane do 85°C. barwi się niebiesko po dodaniu do małej jego ilości kropli wody utlenionej i dwóch kropli wodnego 2% rozczynu parafenylendiaminy; mleko, wyjałowione w 85°C. zachowuje przeciwnie swą barwę (Storck). Dowiedziono również, że prątki gruźlicze mogą znajdować się w maśle; jednakże masło, robione ze śmietanki ogrzanej do 85°C., a zatem jałowej, posiada smak bardzo dobry. Oprócz wyjaławiania mleka w przypuszczeniu, że jest już zakażone, należy jeszcze zapobiegać jego zakażeniu. W tym celu nie można się cofać przed wybijaniem krów, dotkniętych gruźlicą wymion; odpowiednie prawa wydano niedawno w Danii i Szwecyi. Przy udoju powinna być wogóle zachowana jak największa czystość rąk służby, naczyń i samych krów. Sztuki zarażone gruźlicą należy jak najwcześniej od zdrowych oddzielać; w tym celu trzeba wprowadzić jak najczęstsze badanie weterynarskie obór. Wytępienie gruźlicy u bydła byłoby najpewniejszym środkiem ochrony ludzi. Ażeby zaś wytępić gruźlicę u bydła, należy nie dopuszczać bydła chorego do obór zdrowych, rozpoznawać i usuwać sztuki już zarażone i odwietrzać starannie obory, w których one przebywały. Wczesne rozpoznawanie gruźlicy, które jest pierwszym i najważniejszym czynnikiem w zwalczaniu tej choroby u bydła, jest obecnie bardzo łatwo dzięki tuberkulinie. Odczyn po tuberkulinie dowodzi stanowczo, że zwierzę jest gruźlicze; brak odczynu natomiast nic nie oznacza i dlatego wówczas należy jeszcze zwierzęta dokładnie zbadać, jeśli istnieje przypuszczenie gruźlicy. Należy pamiętać, że kilkakrotne wstrzykiwania wytwarzają pewną odporność przeciw tuberkulinie, poczem nie wywołuje ona już odczynu. Właściwość ta może być wyzyskaną przez niesumiennych kupców dla przemycania sztuk zakażonych. Brak odczynu w tych warunkach oznaczać może albo bardzo nieznaczne, lub przeciwnie bardzo rozległe zmiany gruźlicze i dlatego miarodajnym powinien być pierwszy dodatni wynik próby, a nie należy wogóle wstrzykiwań tuberkuliny wtedy powtarzać. Również zmęczenie zwierząt osłabia wrażliwość na tuberkulinę; wstrzykiwanie więc u zwierząt przypędzonych skądinąd należy zaczynać dopiero po kilku dniach spoczynku. Pierwsze próby zapobiegania gruźlicy podjęto na większą skalę w Stanach Zjednoczonych, a potem naśladowano ten przykład w wielu krajach Europy; (szczegółowe dane obacz w memoryale profesora Bujwida „Przegląd lekarski“, Nr. 35, 36 i 37). Ideałem zasad zwalczania gruźlicy byłyby według Banga: a) rozpoznanie gruźlicy u wszystkich zwierząt nią dotkniętych; obowiązkowo donoszenie o wszystkich przypadkach gruźlicy z przymusowem badaniem bydła, które z zakażonemi sztukami było w styczności; b) wybijanie i niszczenie zwłok wszystkich zwierząt, mogących być źródłem zakażenia; c) ścisłe odosobnianie sztuk z mniejszemi zmianami, a wybijanie ich w chwili wzrostu choroby. Praktyczne wykonanie tych zasad byłoby bardzo trudne; nawet jednak, gdyby one były wykonalne, nie można by usunąć gruźlicy u bydła całkowicie, wobec tego, że tuberkulina, acz doskonała, nie jest jednak bezwzględnie nieomylnym środkiem rozpoznawczym; nadto jeszcze zawsze mogłaby gruźlica szerzyć się z ludzi na bydło. Należy więc zadowolnić się skromniejszym wynikiem i dążyć statecznie do powolnego zmniejszania gruźlicy. Środki do tego wiodące zależeć muszą od funduszów, jakiemi dane państwo rozporządza. Państwa bogate mogłyby przyjąć prawo belgijskie z r. 1895, uboższe zaprowadzić z pewnemi zmianami prawa duńskie, które w ciągu 2 lat zmniejszyły ilość bydła gruźliczego z 15·5 na 10·6%.

Martin (z Paryża): Zwalczanie gruźlicy ludzkiej przez odkażanie mieszkań suchotników. Odkażanie mieszkań suchotników nie jest łatwe; da się ono dokładnie wykonać tylko w szpitalach i uzdrowiskach (sanatoryach), zbudowanych odpowiednio, aby pył nie gromadził się w szczelinach, załomach sprzętów i t. p. Zasada odkażania mieszkań suchotników przyjmuje się jednakże wśród ludności; odrażeń takich wykonano w r. 1892 w Paryżu 4000, w pierwszej zaś połowie 1898 już 7000. Rada miejska paryska postanowiła obecnie zaprowadzić odwietrzanie mieszkań suchotników z urzędu w całej jednej dzielnicy; na próbę wykonano to już 1243 razy w 100 mieszkaniach 5 dzielnic. Chorym polecono używać spluwaczek; bieliznę, sprzęty i wychodki odkażano co tydzień. Zarządzenia te ludność przyjmowała wogóle dobrze.

Letulle (z Paryża): Umieszczenie suchotników w szpitalach paryskich. Pomimo uznanej konieczności odosobniania suchotników, dotychczas w 2 tylko szpitalach paryskich istnieją osobne dla nich oddziały (Lariboisière i Boucicaut). L. kieruje w Boucicaut oddziałem z 35 łóżek; w ciągu 8 miesięcy ze 125 chorych zmarło 38, u 60 stan się nie zmienił, u 27 polepszył. Wyniki te wydają się L. korzystniejsze, niż te, które się spotyka w oddziałach mięszanych (suchotnicy nieoddzieleni od innych chorych), a przypisuje je L. bardzo surowym przepisom higienicznym, leczeniu powietrzem i forsownemu żywieniu. W każdym razie jednak odosobnianie suchotników w szpitach nie wystarcza; należy koniecznie stworzyć odrębne zakłady podmiejskie i na prowincyi. Oddziały szpitalne służyć wówczas będą tylko dla chwilowego umieszczenia suchotników.

Courmont (z Lyonu) zdawał sprawę z badań swoich nad odczynem, powstającym w hodowlach prątków gruźliczych pod wpływem krwi suchotników[1], a Ricochon (z Champdeniers) z wybuchu gruźlicy w miejscowości, od 15 lat od niej wolnej, po sprowadzeniu się jednego suchotnika.

Hallopeau (z Paryża) stwierdza, że zapomocą tuberkuliny udowodniono doświadczalnie znaczenie jadów prątka gruźliczego w powstawaniu pewnych chorób skóry, nie mających nic wspólnego z miejscowem zakażeniem samymi prątkami. Te choroby skórne pragnie H. odróżnić od gruźliczych spraw, wywołanych bezpośrednio przez prątki, pod nową nazwą „toxituberculides“. Należałyby do nich: liszaj zołzowatych (lichen scrophulosorum), sprawy trądzikowate i rumieniowo-guzkowate. Natomiast nie można dotychczas zaliczyć do tej gromady: toczniа rumieniastego (lupus erythematosus), pewnych postaci niesztowic (ecthyma) i wyprysku, łupieżu czerwonego (pityriaris rubra), rumieniów i t. d.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Porównaj „Listy z Paryża“ z czerwca w Nrze 39 „Przeglądu Lekarskiego“.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 29 Września.

* W skład Komitetu polskiego na XIII międzynarodowy Zjazd lekarski, w Paryżu w roku 1900 odbyć się mający, wejdą z Poznania: Radca Dr. Franciszek Chłapowski, Dr. Heliodor Święcicki i Dr. Artur Jaruntowski.

* Dr. Antoni Mars, Prof. zwyczajny Uniw. Jagiell., przełożony Szkoły położnych w Krakowie, mianowany został profesorem i kierownikiem kliniki ginekologiczno-położniczej w Uniwersytecie lwowskim.

* »Wiener Ztg.« ogłasza: Komisarzem rządowym na rok 1898—1899 dla rygorozów lekarskich w Uniw. Jagiell. mianowany został lekarz powiatowy, Dr. Bielański, jego zastępcą dyrektor szpitala, prof. Ponikło. Koegzaminatorami mianowani: przy II rygorozum z medycyny wewnętrznej Dr. Kwaśnicki; jego zastępcą Dr. Murdzieński; przy III rygorozum z chirurgii prof. Dr. Zarewicz, jego zastępcą prof. Dr. Trzebicky.

Komisarzem rządowym dla rygorozów lekarskich w Uniwersytecie lwowskim mianowany został Radca namiestnictwa, protomedyk Dr. Merunowicz, jego zastępcą krajowy inspektor sanitarny, Dr. Barzycki.

Dla rygorozum farmaceutycznego w Uniw. Jagiell. mianowany został komisarzem Dr. Bielański, jego zastępcą fizyk miejski, Dr. Buszek; egzaminatorami z chemii profesorowie Olszewski i Schramm, z farmakognozyi prof. Łazarski; koegzaminatorem aptekarz E. Heller.

Dla rygorozum farmaceutycznego w Uniw. lwowskim mianowani: Komisarzem protomedyk Merunowicz, jego zastępcą Dr. Barzycki; egzaminatorem z chemii prof. Radziszewski, z farmakognozyi prof. Sobierański, koegzaminatorami aptekarze: Piepes Poratyński i Sklepiński.

* Dowiadujemy się, że w lwowskiej klinice chirurgicznej są dwa wolne miejsca dla elewów, lekarzy młodych, którzy zechcieliby w październiku do kliniki wstąpić i przynajmniej rok w niej pozostać. Obowiązki ich i prawa są te same, jakie mają asystenci, to jest badanie i opatrywanie chorych, sporządzanie opisów chorób, operowanie w miarę zdolności i wprawy itd. Dyplom austryacki nie koniecznie potrzebny.

— Szanownej Administracyi »Časopisu lekařů českých« składam najuprzejmiejsze podziękowanie za łaskawie ofiarowane Bibliotece Towarzystwa lekarskiego krakowskiego roczniki »Časopisu« z lat 1893 do 1895.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Dzięki uczynności kolegów, którzy ofiarowali Bibliotece Tow. lek. krak. luźne numera czasopism lekarskich, powiodło się już w roku ubiegłym uzupełnić kilkanaście tomów w tym dziale. Pragnąc prowadzić dalej rzecz w ten sposób pomyślnie rozpoczętą, ponownie odwołać się muszę do koleżeńskiej pomocy i przypomnieć pamięci kolegów, że każdy, nawet najmniejszy dar, jednakowo jest dla Biblioteki pożądany. Szczególnie przydałyby się dla uzupełnienia niekompletnych roczników luźne poszyty tygodników lekarskich niemieckich, przedewszystkiem »Münchener med. Wochensch.« i »Berliner klin. Wochenschr.«; z polskich czasopism szczególnie pożądane są poszyty »Nowin lekarskich«, gdyż dawniejsze roczniki i numera tego czasopisma są zupełnie wyczerpane, nawet w Administracyi »Nowin«.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim, otrzymał Stanisław Ludwik Breyer.

* W Ameryce północnej poczęto wyrabiać sucharki, zawierające taką ilość wyskoku, że upajają spożywających w tym samym stopniu, co najmocniejsze napoje.

Lud nasz, który zarzekając się picia, już nie rozciąga przysięgi na »herbatę z arakiem«, którego notabene dolewa 50%, tem łatwiej wejdzie w układ z sumieniem, skoro przysięga orzeka tylko o piciu, a nie o jedzeniu.

Ufać należy, że Europa nie wpuści tego wyrobu w swe granice i zapobieże jego fabrykacyi u siebie.

* O ile prof. Behring był wytrwały w zdobywaniu patentu amerykańskiego na surowicę przeciwbłoniczą, o tyle jest i uparty w dowodzeniu, że postąpienie jego ze stanowiska etycznego jest zupełnie poprawne. Rozprawia on w »Deutsche mediz. Wochenschrift« (z 15 września), że Helmholtz dla tego tylko nie upomniał się o patent na oftalmoskop, że wonczas w Niemczech nie istniało jeszcze prawo o patentach; dalej, że on już obecnie nie jest lekarzem, nie praktykuje, a tylko pracuje w kierunku doświadczalno-terapeutycznym i potrzebuje pieniędzy itd. Wywody te nie przekonały prasy całego świata, nie wyłączając niemieckiej, która również na kodeks etyczny prof. Behringa nie tylko nie godzi się, ale go potępia.

Konkurs. Dziekan Wydziału lekarskiego rozpisuje konkurs na stypendyum z fundacyi ś. p. Polowej w kwocie 570 złr. do dnia 15 października 1898 r.

Ubiegać się o to stypendyum mogą ci uczniowie Uniwer. Jagiell. którzy studya swe kończą na Wydziale lekarskim tegoż Uniwersytetu; bezpośrednio przed nadaniem stypendyum, złożyli już jeden egzamin ścisły w ciągu studyów z wyszczególnieniem, a zobowiążą się w ciągu roku pierwszego, po ukończeniu studyów, złożyć resztujące egzamina ścisłe i uzyskać dyplom doktora wszechnauk lek.; wykażą się świadectwem ubóstwa, że sami bez obcej pomocy na utrzymanie swe zarabiają. Stypendyum wypłaconem będzie w dwóch ratach w Październiku b. r. i w Marcu r. n.; wypłata pierwszej raty zależną jednak będzie od wykazania się absolutoryum, a wypłata 2-giej raty od wykazania się świadectwem złożonego II-go egzaminu ścisłego z pomyślnym skutkiem.

Stypendysta, który z dopełnienia warunków tych w przepisanym terminie, t. j. do 15/X i 1/III się nie wykaże, uważanym będzie jak gdyby stypendyum utracił.

* Dziekan Wydziału lekarskiego rozpisuje konkurs na posadę demonstratora przy katedrze fizyologii, z płacą roczną 300 złr.

Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego do dnia 7 października.

Nekrologia. Z Paryża dochodzi smutna wiadomość o śmierci Dra Jasiewicza. Syn wychodźcy i wychowaniec Szkoły Batignolles, zmarły był gorącym wyznawcą zasad i uczuć, przez przodków mu przekazanych. Wybitna zdolność i głęboka wiedza wzbudzały szacunek dla jego przemówień w francuskich Towarzystwach lekarskich. Po polsku pisywał korespondencye z Paryża do dzienników lekarskich. Cześć jego pamięci.

Dr. Ludwik Sławski zmarł w Niżnym Nowogrodzie w 35 roku życia. Dr. Zenon Hirkont zmarł w własnym majątku gubernii kowieńskiej, licząc lat 73. Dr. Wiener M., prof. położnictwa, zmarł w 48 roku życia w Wrocławiu. Dr. Wallace J., profesor położnictwa i ginekologii, zmarł w Liwerpolu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 39): Dra Kalicińskiego L.: Szesnaście przypadków wilgotnych krepitacyi przy obecności płynu w jamach opłucnej. Dra Simona A.: O wpływie parowych kąpieli na czynność wydzielniczą żołądka. W *Medycynie* (Nr. 39): Dra Grosglika: W sprawie miejscowego leczenia pęcherza po kruszeniu kamienia. Dra Kleina St.: Somatoza żelazista, oraz kilka uwag o tak zw. »Anaemia infantum pseudoleukaemica«. W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 18): Dra Brunnera J.: Najnowsze prądy w nauce o odporności (ciąg dalszy).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 5 Października, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum" w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

Po załatwieniu kilku ważnych spraw administracyjnych nastąpi odczyt kol. Prof. Dra Marsa z dziedziny ginekologii.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla prenumeratorów, w obrębie monarchii austryackiej zamieszkałych, dodatek o **„wodzie Mitterbadzkiej"**.

Rok XXXVII. Kraków 8 Października 1898. Nr. 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzinskiego we Lwowie.

Przypadek nadmiernego pocenia się, ograniczonego do górnej połowy ciała, z badaniem przemiany materyi.

Podług wykładu i demonstracyi w Towarzystwie lekarskiem we Lwowie, w d. 24-go Czerwca 1898 r.

Podał

Dr. Juliusz Marischler,

asystent kliniki.

Do przedstawienia Panom tego przypadku skłoniła nas ta okoliczność, że przypadek ten przedstawia rzadką nerwicę potową, ograniczoną do całej górnej części ciała.

Badania Luchsingera [1]), Nawrockiego [2]), Adamkiewicza [3]) Vulpiana [4]), udowodniły istnienie nerwów potowych, jakoteż obecność ośrodków potowych, leżących w ośrodkowym narządzie nerwowym. Dotychczas jednak jest rzeczą nierozstrzygniętą, czy ośrodki te, podobnie jak ośrodki nerwów ruchowych, są rozłożone na całej długości rdzenia kręgowego, jak utrzymuje Luchsinger, Adamkiewicz, Vulpian, czy też dla nerwów potowych obwodowych istnieje jeden tylko ośrodek w rdzeniu przedłużonym (Nawrocki). Adamkiewicz, godząc niejako te dwa zapatrywania, przyjmuje, obok ośrodków leżących wzdłuż całego rdzenia pacierzowego, jeszcze wspólny ośrodek w rdzeniu przedłużonym.

Obwodowo przebiegają nerwy potowe, jak wiemy, wraz z większymi pniami nerwowymi, jak n. łokciowy, pośrodkowy, (medianus), kulszowy (ischiadicus) etc. Dla twarzy, według Luchsingera, przebiegają one z nerwem trójdzielnym, podług Adamkiewicza zaś, nerw twarzowy ma być głównym nerwem potowym. Co do sposobu połączenia się obwodowego nerwów potowych z pniami nerwowymi niema jeszcze zgody pomiędzy autorami. Jedni, jak Adamkiewicz i Vulpian, są zdania, że większość włókien potowych łączy się wprost z większymi pniami nerwowymi, a mała tylko liczba włókien potowych przechodzi przez sznury nerwu współczulnego; inni zaś, jak Nawrocki, zaprzeczają zupełnie istnienia t. z. bezpośredniego przebiegu nerwów potowych, przyjmując, że wszystkie nerwy potowe przebiegają w sznurach nerwu współczulnego. Pomiędzy temi dwoma skrajnemi zapatrywaniami zajmuje Luchsinger stanowisko pośrednie.

Ośrodki rdzeniowe są połączone jeszcze prawdopodobnie z ośrodkami kory mózgowej. (Landois [5]).

W stanie prawidłowym wydzielanie potu może być wywołane z przyczyny obwodowej, a więc odruchowo, i z przyczyny ośrodkowej. Wspomnę tu tylko o działaniu podwyższonej ciepłoty zewnętrznej i o występowaniu potu przy rozmaitych stanach psychicznych, jak n. p. uczuciu strachu. Zaznaczyć wypada, że w tych przypadkach pocenie się jest zawsze obustronne.

W stanach chorobowych musimy odróżnić nieprawidłowe występowanie potu z przyczyny ośrodkowej, jak np. przy duszności, pod wpływem pewnych toksyn etc., i przypadki, gdzie pocenie się nadmierne występowało pod wpływem takich czynników, które u człowieka zdrowego pocenia się nie wywołują. Do tej kategoryi należą np. przypadki nadmiernego pocenia się przy żuciu przedmiotów nie posiadających smaku, jak papier lub drzewo, (Schweninger i Buzzi [6]), Piątkowski [7]); przypadki nadmiernego pocenia się na miejscach ograniczonych przy zadziałaniu niższej ciepłoty zewnętrznej itd. Mundt [8]) np. opisał przypadek dotyczący chorego z syringomyelią, u którego występowało nadmierne pocenie się po stronie chorej na twarzy i kończynie górnej, skoro tylko chory wystawił się na działanie niższej ciepłoty zewnętrznej.

Do ostatniej kategoryi należy zaliczyć i nasz przypadek, którego wywiady w krótkości przytaczam:

B. M. izr. lat 14, przyjęty do kliniki 28-go kwietnia 1898 roku. Ojciec jego zmarł, mając lat 28, z nieznanej choremu przyczyny, matka żyje i ma być zdrową. Ze strony ojca obciążenia dziedzicznego w żadnym kierunku wykazać nie można; ojciec, siostra i brat zaś matki pomarli na gruźlicę.

Obecna choroba wystąpiła przed ośmiu laty i objawiła się nadmiernem poceniem się twarzy, tułowia i obu kończyn górnych. Pocenie się to występuje bez względu na porę roku, a nawet pot jest tem obfitszy, im ciepłota otoczenia jest niższą. Praca fizyczna nie wpływa na obfitość potu; chory jednak pracować nie może, czując się osłabionym. Łaknienie utrzymane, pragnienie nieco zwiększone, stolec ma być prawidłowy, ze strony narządu moczopłciowego nie doznaje żadnych przypadłości. Stan obecny: Wzrost średni, budowa dość dobra, skóra prawidłowo zabarwiona. Głowa dobrze zbudowana, przy opukiwaniu nie bolesna. Nerwy nad- i podoczodołowe obustronnie miernie bolesne, nerw twarzowy zmian nie przedstawia. Gałki oczne równo ustawione, prawidłowo ruchome, źrenice równe, dobrze oddziaływują na światło i akomodacyę. W części ruchowej nerwu trójdzielnego zmian niema. Narządy klatki piersiowej i brzucha, zmian nie przedstawiają. Kościec i narząd mięśniowy bez zmian.

Badanie narządu nerwowego, z wyjątkiem wyżej wspomnianych punktów bolesnych, tak odnośnie do czucia dotyku, bólu, ciepłoty i czucia mięśniowego, jak również w sferze ruchowej nie wykazuje zmian; jak również i badanie pobudliwości nerwów na prąd stały i przerywany przedstawia stosunki prawidłowe.

Odruch kolanowy znacznie podwyższony, stopowego brak, a skórne również wzmożone.

Pod względem psychicznym okazuje chory dość znacznego stopnia przygnębienie.

W czasie pocenia się skóra czoła, skroni, policzków i nosa jest silnie kroplistym potem pokryta. Wolną od potu jest tylko skóra czaszki włosem porosła. Obie kończyny górne pocą się silnie, zwłaszcza na dłoni. Dłoń i palce sine, przy dotknięciu chłodne. Skóra na rękach, a zwłaszcza na dłoniach, jak również na przedramionach, od potu zmacerowana. Skóra na klatce piersiowej z przodu i z tyłu jest ró-

wnież potem pokryta. Dolną granicę pocenia się można oznaczyć z przodu linią, poprowadzoną poziomo na wysokości wyrostka mieczykowatego, z tyłu na wysokości dolnego kąta łopatki. Poniżej tej linii, skóra brzucha, okolicy lędźwiowej, uda i podudzia, jest zupełnie suchą, o prawidłowej ciepłocie. Stopy i palce u nóg są nieznacznie spocone i w dotknięciu chłodne.

Badanie krwi u tego chorego wykazało: w preparacie świeżym ciałka krwi czerwone układają się prawidłowo w rulony, ciałka białe w ilości nie powiększonej. W barwionym preparacie widać tylko nieznaczne różnice co do wielkości ciałek czerwonych, brak leukocytozy. Stosunek pojedynczych rodzajów ciałek białych — prawidłowy. Ciałka eozynochłonne w ilości niepowiększonej.

Liczba ciałek czerwonych 4,450000
" " białych 6,540.

Ilość odsetkowa hemoglobiny 75% (Fleischl). Wskaźnik zabarwienia 0.8,

Ilość moczu na 24 godzin wynosiła około 1000 ctm.³, barwy pomarańczowej, oddziaływania kwaśnego, bez białka i cukru; indykan, w ilości prawidłowej, acetonu brak.

Wśród spostrzegania pokazało się, że chory ten pocił się tem więcej, im ciepłota otoczenia była niższą. Leżąc w łóżku i będąc dobrze przykrytym, pocił się tylko nieznacznie, a z nastaniem upałów w czerwcu pocenie się ustąpiło prawie zupełnie; utrzymywało się tylko w nieznacznym stopniu na skórze wargi górnej i dłoni.

Przypadek ten odznacza się więc nadmiernem poceniem się górnej połowy ciała, przyczem obie strony, prawa i lewa, są jednakowo potem pokryte. Że pocenie się u tego chorego nie jest prawidłowe, wskazuje przedewszystkiem występowanie potu tylko w wyżej opisanych okolicach, nadmiar jego i warunki, wśród których chory się poci, t. j. więcej przy niższej, mniej przy wyższej ciepłocie zewnętrznej.

Należy nam teraz rozstrzygnąć, czy mamy tu do czynienia z chorobą, mającą podstawę anatomiczną, czy też ze zboczeniem funkcyonalnem, t. z. nerwicą. Również należy rozstrzygnąć, dokąd odnieść mamy siedzibę zboczenia, czy do ośrodków w rdzeniu pacierzowym, czy też do nerwów obwodowych. Z wielkiem prawdopodobieństwem możemy wykluczyć sprawę, toczącą się w nerwach obwodowych. Nie mamy bowiem nigdzie śladów podrażnienia lub porażenia nerwów w okolicach zajętych poceniem się. Również i schorzenie nerwu spółczulnego, nie może nam tłómaczyć tych objawów. Przypadek porażenia gałązki szyjnej nerwu spółczulnego prawego, opisany przez Möbiusa[9]), cechował się brakiem potu i suchością prawej strony twarzy. Z drugiej strony Dupuy[10]), Vulpian i Raymond[11]) znaleźli, że przecięcie gałązki szyjnej nerwu spółczulnego u konia wywołuje silne pocenie się twarzy po stronie uszkodzonej. Z klinicznych spostrzeżeń zaliczyć tu należy przypadek Schweningera i Buzziego[12]), Friedlandera[13]), Piątkowskiego[14]), Riela[15]), Seguina[16]) i Ebsteina[17]). We wszystkich tych przypadkach obok innych zboczeń, dających się oprzeć na nieprawidłowej czynności nerwu spółczulnego, występowało silne zaczerwienienie skóry, przed i podczas występowania potu. W naszym przypadku objawów ze strony nerwu spółczulnego nie mamy. Źrenice są równe, dość szerokie, oddziaływują na światło i akomodacyę prawidłowo, szpary powiększone, położenie gałek ocznych bez zmian. Zaczerwienienia skóry niema. Pozostaje więc jeszcze ośrodkowy układ nerwowy. Tu zaliczyć by można przypadek Olliviera[18]), dotyczący chorego z uwiądem rdzenia pacierzowego (tabes dorsalis), u którego w przebiegu choroby wystąpiło nadmierne pocenie się rąk i nóg, i przypadek Mundta[19]). W ostatnim przypadku sprawa gliomatyczna rdzenia szyjnego, była przyczyną nadmiernego pocenia się lewej połowy twarzy i lewej kończyny górnej. Pocenie się występowało u tego chorego, podobnie jak w naszym przypadku, przy zadziałaniu niskiej ciepłoty zewnętrznej.

U naszego chorego nie mamy żadnych porażeń, ani zaników mięśniowych, żadnych zaburzeń troficznych, czucie jest wszędzie prawidłowe. Wykluczając zatem syringomyelię i nie mając żadnych podstaw do przyjęcia jakichkolwiek innych anatomicznych zmian w rdzeniu pacierzowym, nie pozostaje nam nic innego, jak ze względu na symetryczne występowanie potu po obu stronach przyjąć choćby na razie tylko zmianę czynnościową ośrodków potowych w rdzeniu kręgowym rozłożonych, a więc nerwicę. Analogiczny wpływ niższej ciepłoty w naszym przypadku i w przypadku Mundta, mógłby również posłużyć dla odniesienia sprawy chorobowej do ośrodków potowych. Czy w przyszłości nie rozwiną się u tego chorego zmiany, które pozwolą na rozpoznanie sprawy anatomicznej w rdzeniu kręgowym, tego przesądzać nie będziemy; w każdym razie stan obecny i długi czas, bo ośm lat, trwania sprawy chorobowej na to nie wskazuje.

(Dokończenie nastąpi).

II. O rokowaniu w nerkowych chorobach zapalnych.

Wykład habilitacyjny

Dra J. Wieczkowskiego,

przełożonego pracowni chemiczno-lekarskiej przy szpitalu powszechnym we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Jak wspomniałem już kilka razy, nie rzadko się wydarza, że choroba zapalna nerkowa, nawet w postaci miąższowej, istnieje mimo wiedzy chorego i naszej; dopiero gorączka, ostry obrzęk na twarzy, krwawy mocz, objawy zaostrzenia się zapalenia, zdradzają stan chorego. Etyologii w tych razach zwykle brak; chorzy podają, że odczuwali znużenie, blado wyglądali, okazywały się przemijająco obrzęki na skórze, bywały bóle głowy i żołądkowe przypadłości. Badanie zaś moczu wykazuje: mocz barwy krwawo-czerwonej, wysycony, lecz ilość jego jest stosunkowo większa, niż w ostrem pierwotnem zapaleniu, a ciężar gatunkowy stosunkowo niższy; w osadzie obok wałeczków świeżych są wałeczki znacznie zwyrodniałe, komórki przybłonkowe znacznie stłuszczone. A gdy się jeszcze wykaże przerost serca i — białkomoczowe zapalenie siatkówki, to już tem samem jest dość podstaw do twierdzenia, że tu sprawa przewlekła zaostrzyła się, rzecz wielkiej doniosłości dla rokowania. W śródmiąższowem przewlekłem zapaleniu nerek osad jest skąpy, częstokroć dopiero zapomocą centryfugi da się otrzymać. Znajdują się wałeczki szkliste i ziarniste, nasadzone kryształkami kwasu moczowego, a mogą być i skrobiowate. Zwykle są szerokie i długie. Jeżeli są na nich osadzone składniki morfotyczne, jak przybłonki, ciałka krwi, to znajdują się w takim stanie rozpadu, że zarysy ich z wielką tylko trudnością można roz-

poznać. W czystem zwyrodnieniu skrobiowatem brak zwykle osadu, a jeżeli jest, to tylko pojedyńczo znajdują się wałeczki szkliste i ziarniste, lecz niema ani przybłonków, ani ciałek krwi.

Wogóle, co do wałeczków w moczu pod względem rozpoznawczym, to na pewne rzec można, że wałeczki, bez względu na ich rodzaj, znajdują się w moczu wtedy, gdy nerki są zajęte stanem chorobowym, czy to z powodu zaburzeń w krążeniu, czy z powodu zwyrodnienia, czy też z powodu spraw zapalnych; a więc obecność wałeczków w moczu nie koniecznie wskazuje na zapalenie nerek. Z drugiej strony brak wałeczków nie wyklucza zapalenia nerek, a brak ich może być spowodowany już to osłabieniem serca, już to alkalescencyą moczu, bo w moczu alkalicznym wałeczki mogą się rozpuścić, już też, na co zwraca uwagę Sehrwald, rozpuszcza je obecna pepsyna w moczu. Zniknięcie ich z moczu w danych warunkach niema wcale żadnego znaczenia prognostycznego. Wydarzyć się może, że w moczu znajdziemy wałeczki, a białka wcale niema, mimo najstaranniejszego poszukiwania. Spostrzegałem to szczególnie u starych osób przy zaniku ogólnym, a więc i nerek, bez zmian zapalnych.

Wracając do osadu w przebiegu zapalenia nerek śródmiąższowego, znajdujemy leukocyty jednojadrzaste, pojedyńczo ciałka krwi czerwone. Ilość ciałek krwi czerwonych szybko się wzmaga aż do krwotoku po nadużyciach w jedzeniu i piciu, po przeziębieniu lub zmęczeniu się. W osadzie spotykamy niekiedy znaczną ilość kryształków kwasu moczowego i szczawianu wapniowego; nawet wałeczki bywają nasadzone tymi kryształkami. Gdy objaw ten stale zauważymy, rokowanie jest względnie dobre, gdyż sprawa skazy moczanowej, o którą tu właśnie idzie, da się powstrzymać przez odpowiedne leczenie. Wogóle sprawa zapalna w nerkach, raz rozpoczęta, da się ograniczyć na pewne partye nerek, które mogą wypaść z czynności fizyologicznej bez szkody dla sprawy wydzielniczej w nerkach pod warunkiem, że są partye zdrowe, które mogą wyrównać ubytek substancyi nerkowej.

Pozostaje mi jeszcze do uwzględnienia stan ogólny chorego. Obowiązkiem naszym jest znać i widzieć nietylko chorobę, lecz każdy z poszczególnych narządów i całego człowieka. Tylko wszechstronne badanie utrwala rozpoznanie, wyświeca rokowanie i jest kluczem do właściwego leczenia. Już na twarzy maluje się często cierpienie, szczególnie w przewlekłych zapaleniach nerkowych; twarz blada, obrzękła, błony śluzowe blade, podczas gdy w sprawie zastoinowej twarz i wargi są sinawe. W chorobach nerkowych najczęściej od twarzy poczyna się obrzęk, zmieniający swe miejsce. A jeżeli w chorobach nerkowych pierwsze objawy obrzęku okazują się na kończynach dolnych, to już to samo uzasadnia obawę o powikłanie ze strony serca, t. j. o osłabienie mięśnia sercowego. Najznaczniejsze obrzęki występują w przebiegu ostrych zapaleń nerek, szczególnie gdy przyczyną była płonica lub przeziębienie. Podobnie znaczne i rozległe obrzęki zdarzają się w przewlekłych zapaleniach miąższowych. W chorobach śródmiąższowych nerkowych najczęściej i długo brak wszelkich obrzęków i taki stan może trwać latami, jak długo ilość moczu, z powodu przerostu serca, jest znaczna. Wystąpienie tutaj obrzęków na kończynach dolnych, z powodu wyczerpania się energii mięśnia sercowego, jest zwiastunem blizkiego końca. W samem zwyrodnieniu skrobiowatem nerek mogą być znaczne obrzęki, lub zupełny ich brak.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje zachowanie się układu naczyniowego i serca w przebiegu zapalnych chorób nerkowych. Jak już kilkakrotnie wspomniałem, zmiany w nerkach mogą istnieć równorzędnie ze zmianami w układzie naczyniowym i w sercu. Gdy więc znajdziemy wybitną miażdżycę tętnic, należy zawsze badać mocz; choćby były nieznaczne ślady białka, mogą one mieć swe znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne, gdyż są wyrazem sprawy stwardnienia i zaniku, odbywającego się w nerkach, co pociąga za sobą opisane powyżej powikłania. Częściej jednakowoż zmiany w tętnicach i w sercu, t. j. zwiększone napięcie tętnic i przerost lewej komórki, są natury wtórorzędnej. W ostrem zapaleniu nerek z reguły brak przerostu lewej komórki; jednak napięcie tętnic jest wzmożone, co pozostawałoby w pewnej sprzeczności z powyższemi uwagami. Dowodzi to jednak, że napięcie tętnic nie zależy wyłącznie od lewej komórki; tutaj prawdopodobną przyczyną jest zmieniona mięszanina krwi, która oddziaływa już to na same naczynia, już to na ośrodki naczynioruchowe. W dalszem następstwie, wskutek zwiększonego parcia w obwodowym układzie naczyniowym wyrasta większa praca dla serca, które tem samem musi przerastać, gdy może, aby pracy podołać. Dlatego też w przewlekłych zapaleniach miąższowych znajdziemy przerost serca i to tem większy, im dłużej choroba trwa. Wybitniej i prawie stale rozwija się przerost serca w śródmiąższowych zapaleniach nerek. Ponieważ choroba długo trwa i zwolna się rozwija, zwolna też ale stale wywiązuje się przerost serca, a tętno jest w tych razach wybitnie twarde i napięte. W czystem zwyrodnieniu skrobiowatem nerek nigdy nie przychodzi do przerostu serca. Gdy więc w moczu dużo białka, mocz jasny, przeźroczysty, mało lub niema osadu, gdy są obrzęki, gdy wątroba, a szczególnie śledziona, duża i twarda, gdy równocześnie wykaże się ropienie, gruźlicę, kiłę itp,, a brak jest zmian na siatkówce, brak przerostu lewej komórki serca, wtedy jest w całej pełni usprawiedliwione rozpoznanie zwyrodnienia skrobiowatego bez zmian zapalnych. Z powyższych uwag wynika, jak wielce rokowanie zależy od zachowania się tętnic i serca, od tych czynników, które wyrównują ubytek w tkaninie nerkowej i przynoszą ze sobą względne zdrowie. Jak długo wyrównanie ze strony serca istnieje, tak długo rokowanie co do życia jest dobre. Dokładne badanie serca jest ważne ze względu na rozpoznanie różniczkowe między nerką zastoinową a zapaleniem nerek. Przerost lewej komórki bez błędu zastawkowego, przy braku rozedmy płuc, przemawia raczej za zapaleniem nerek, jakkolwiek może być i idyopatyczny przerost serca, mogący również prowadzić do zastoin. Czasem i przy nie wyrównaniu ze strony serca wystąpić mogą z powodu zapalenia nerek szmery skurczowe, które utrudniają rozpoznanie. W takich razach rozstrzyga tętno, które w zapaleniach nerkowych bywa napięte, rozstrzyga drugi ton nad tętnicą główną, który bywa akcentowanym, rozstrzyga badanie osadu moczu, rozstrzyga badanie dna oczu, które zwykle okazuje objawy białkomoczowego zapalenia siatkówki, nadto przy sprawie zastoinowej w nerkach nie przychodzi nigdy do napadu mocznicy.

Białkomoczowe zapalenie siatkówki jest ważnym objawem z dwóch względów. Najpierw rozstrzyga przy wątpli-

wości, czy mamy do czynienia z nerką zastoinową, czy też zapaleniem nerek, powtóre daje pewną podstawę do ocenienia, jaka jest postać zapalenia. Najczęściej bowiem występuje w przebiegu śródmiąższowego zapalenia nerek, rzadziej w przewlekłem miąższowem i to w późniejszym okresie. Wspomnieć mi wypada jeszcze o pewnych objawach, towarzyszących zapaleniom nerkowym, wprawdzie nie charakterystycznych, ale w danym razie mogących zaważyć na szali rozpoznania. Są to mianowicie: bóle głowy, najczęściej umiejscowione w części potylicznej, objawy dyspeptyczne, niedokrewność, ogólne znużenie, wielka skłonność do zapaleń błon surowiczych, a przy niewyrównanej akcyi serca i przy zwyrodnieniu skrobiowatem, obrzęk wątroby i śledziony.

W rokowaniu w chorobach nerkowych nigdy nie można spuszczać z oczu ciężkiego powikłania, tem cięższego, że często skrycie i niespodzianie występuje, że zjawić się może w każdej postaci zapaleń nerkowych i w każdym okresie. Powikłaniem tem jest mocznica (uraemia), polegająca, według Fleischera, na niedokrewności mózgu. O niej zawsze pamiętać należy, gdyż z nadejściem mocznicy runąć może dobre rokowanie, choćby skądinąd było zupełnie usprawiedliwione. Niewątpliwie są pewne cechy, po których ją przewidzieć można; lecz niezbitej pewności pod tym względem dotychczas niema. Ból głowy umiejscowiony w tyłogłowiu, choćby nawet przepuszczający, ale bardzo dotkliwy, uporczywe nudności i wymioty natury odruchowej, a więc nie pokarmami, nagłe zmniejszenie się ilości moczu, swędzenie skóry, chrypka, duszność, obok zmian w moczu właściwych dla zapaleń nerkowych, to są zwiastuny zbliżającej się mocznicy, która nagle wybucha wśród objawów ślepoty, drgawek, nieprzytomności i objawu Cheyne-Stokesa. Lecz nie zawsze tak nam na rękę idzie z tą dyagnozą zbliżającej się uremii. Bóle głowy częstokroć towarzyszą od początku choroby; nudności i wymioty mogą mieć tak różne przyczyny, podobnie jak chrypka i duszność, a ilość moczu wcale nie rozstrzyga, gdyż są przypadki nie tak rzadkie, gdzie mocznica wybucha przy stosunkowo dość znacznej ilości moczu. W każdym jednak razie, cały zbiór tych objawów, niedających się czem innem wytłómaczyć, pozwoli nam z pewnem prawdopodobieństwem zwrócić uwagę rodziny chorego na możliwość wystąpienia napadu mocznicowego, gdyż powyższe objawy i tak są dziećmi mocznicy.

Zdaje mi się, że się nie rozminę z prawdą, gdy powiem, że w pewnych razach ścisłe rozpoznanie i wierne rokowanie, co do zapaleń nerkowych, należą do najtrudniejszych zagadnień dyagnostyki lekarskiej. Szczególnie da się to powiedzieć o przewlekłych zapaleniach nerkowych. Choroba ta zakrada się skrycie do ustroju, rozwija się również skrycie i dopiero wtedy na jaw wychodzi, kiedy częstokroć ratunek jest niemożliwy, lub przynajmniej bardzo utrudniony.

Wszak nie rzadko dopiero okulista rozpozna zapalenie nerek po charakterystycznych zmianach na dnie oka. Szczęściem więc jest dla chorego, a przyjemnością dla lekarza, gdy się uda chorobę rozpoznać, zanim przejdzie w okres ciężki, trudno uleczalny, gdy następnie z uzasadnionego pomyślnego rokowania zaczerpie chory otuchę, a lekarz energię i zapobiegliwość.

III. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza

W sprawie leczenia wrzodów podudzia

podał

Dr. Hubert Dika,

lekarz oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Z czterdziestu przypadków, leczonych tym sposobem, podam kilka historyj chorób, tyczących się wrzodów większych i mniejszych:

I. Marya Cacko, l. 33, z Woli Zab. Wrzód na podudziu nogi prawej, trwający od lat 10, szerokości dłoni, okrężnie obejmujący dolną część podudzia, nadzwyczaj cuchnący i rozpadający się. Kończyna w stawie skokowym stężała (ankylotyczna). Chora, przyjęta w celu amputacyi, później nie zgadza się na nią. Od 1-go do 12-go listopada, skutkiem leczenia maścią lapisową, wrzód tylko się oczyścił. Od 12-go listopada zastosowano opaski klejowo-cynkowe. Razem założono opasek siedm. Już 6-go grudnia, a więc po 24 dniach leczenia, pozostał z wrzodu tylko skrawek podłużny szerokości 2 ctm., długości 5 ctm., czysty, zdrową ziarniną pokryty. Odtąd chora opuściła szpital i leczyła się ambulatoryjnie, przychodząc co 2 tygodnie po zmianę opaski. Dnia 14-go lutego wrzód był wielkości halerza; 28-go kwietnia wrzód bardzo zmalał, na około małe przeczosy (ekskoryacye). W dwa tygodnie potem wrzód w zupełności się zagoił, chora jednak zgłasza się jeszcze co kilka tygodni po opaskę.

II. Kazimierz Szarek, l. 26, z Pałosioła *ad* Jarosław. Wrzód żylakowy, od półtora roku trwający, na kończynie prawej, w dolnej trzeciej części podudzia, po stronie wewnętrznej okrągły, wielkości dłoni, bardzo głęboki, nadzwyczaj cuchnący, o brzegach równych, wystających, twardych; dno wrzodu nierówne, pokryte jużto skrzepami krwi, jużto zielonawo-szarymi nalotami. Od 6-go grudnia 1897 r. do 7-go stycznia 1898 stosowano opaski. Siódmego stycznia wrzód wielkości guldena; chory, przeniesiony na oddział okulistyczny, leczył się ambulatoryjnie do 22-go lutego, w którym to dniu opuścił szpital z wrzodem wielkości korony; blizna naokoło wrzodu silna, elastyczna. Zgłosił się powtórnie w kwietniu, nie zdjąwszy opaski. Wrzód wielkości halerza. Od 8-go kwietnia dwie opaski, wrzód zagojony.

III. Wojciech Dydak, l. 45, z Trześniowa. Wrzód żylakowy od dwu lat, kształtu ósemki, wielkości dwu dłoni. Od 22-go listopada do 22-go grudnia stosowano opaski. Chory wyleczony, opuszcza z opaską szpital. Blizna gładka, silna, elastyczna.

IV. Woźnica Regina l. 58, z Krakowa. Wrzód, od lat 20 nigdy nie zagojony na podudziu nogi prawej, zajmuje przednią wewnętrzną i zewnętrzną powierzchnię; szeroki na 15 ctm., długości 25 ctm. Od 1-go grudnia do 3-go stycznia stosowano opaski. Trzeciego stycznia wrzód wielkości halerza; dalsze leczenie ambulatoryjne. Pierwszego lutego wrzód zupełnie zagojony. Blizna silna, przesuwalna.

V. Piotr Dragosz. Na podudziu nogi prawej 4 wrzody wielkości dwuhalerzówki. Opaski od 15-go grudnia do 30-go stycznia, w którym to dniu chory z wrzodami zabliźnionymi i opaską opuścił szpital.

VI. P. Terpińska, l. 80, z Podgórza. Na podudziu nogi prawej wrzód od kilku lat, wielkości guldena, atoniczny, opierający się wszelkiemu dotychczasowemu leczeniu. Od 15-go listopada 1897 do 1-go lutego 1898 r. założono 4 opaski, pod któremi wrzód zupełnie się zagoił.

VII. Antoni Pustelnik, l. 64, z Andrychowa. Wrzód na podudziu nogi prawej, wielkości guldena, trwający od półtora miesiąca. Od 15-go do 30-go listopada zastosowano 4 opaski, pod któremi wrzód się zabliźnił.

VIII. Marya Flisowska, lat 64. Wrzód trwa od roku, o średnicy 16 ctm., czysty. Opaski od 16-go listopada do 13-go grudnia 1897 r.; w tym dniu wrzód był wielkości guldena. Od 13-go grudnia 1897 do 15-go stycznia 1898 r. leczyła się ambulatoryjnie; wrzód zabliźniony.

IX. Marya Sosińska, l. 16, z Alwerni. Wrzód na podudziu nogi lewej, od dwu lat trwający, wielkości 20-halerzówki, oprócz

tego dwa wrzodziki mniejsze. Od 24-go sierpnia do 15-go listopada 1897 r. była leczona maścią Unny i lapisową bez żadnego wybitnego wyniku. Od 15-go listopada stosowano opaski do 22-go grudnia. Wrzód zabliźniony, założono opaskę z poleceniem sześciotygodniowego noszenia.

X. Zofia Tomaszewska, l. 38. Wrzody na obu podudziach: na prawem wielkości dwuhalerzówki, nie głęboki, wygojony pod jedną opaską, którą założono dnia 26-go listopada, a zdjęto dopiero 7-go grudnia. Na podudziu lewem wrzód wielkości guldena, leczony w szpitalu opaskami od 26-go listopada. W dniu 7-go grudnia wrzód dorównywał wielkością 20-halerzówce. Od tego dnia leczoną była ambulatoryjnie do 15-go stycznia 1898 r. i uzyskano zupełne wyleczenie.

XI. P. Chłap, z Krakowa. Na podudziu nogi lewej sześć wrzodzików, każdy wielkości halerzówki. Leczy się od 5 miesięcy maścią cynkową bez widocznego wyniku. Czwartego marca założono opaskę, po tygodniu zdjęto, przyczem okazało się, że tylko dwa wrzodziki małe pozostały, reszta zagojona. Po drugiej opasce nastąpiło zupełne zagojenie. Ponieważ zajęcie chorej wymaga ciągłego stania, a po założeniu opaski uczuwała ulgę w chodzeniu, przeto co 2 tygodnie zakładano opaskę. Ostatnią chora nosi 4 tygodnie.

XII. P. Warzycki, z Nowego Sącza. Wrzód na podudziu nogi prawej, sięga od połowy grzbietu stopy aż do górnej trzeciej części podudzia, szeroki na 20 ctm., nieczysty, szaro-zielonymi nalotami, a miejscami atoniczną ziarniną, pokryty. W miejscu najszerszem paskowato obejmuje podudzie do około. Kość goleniowa obumarła na przestrzeni 5 ctm.². Z początku stosowano codzienne kąpiele, a po kąpieli maść borową. Pierwszego lutego w uśpieniu chloroformowem wydłutowano obumarłą część kości i leczono cały wrzód i ranę świeżo zadaną zwykłym sposobem. Gdy w miejscu wydłutowania kości poczęła się tworzyć zdrowa ziarnina, założono opaskę klejowo-cynkową, pod którą cały wrzód raptownie począł się goić. Trzydziestego kwietnia wrzód mierzył w promieniu 6 ctm., 20-go maja 3 ctm. i jest wszelka nadzieja, że po założeniu jeszcze kilku opasek, zupełnie się zabliźni.

XIII. Maryanna Mojek, l. 40. Wrzód istnieje od kilku lat na podudziu nogi lewej, długości 17 ctm., szerokości 22 ctm., prawie całkowicie obejmuje podudzie. Jest on nadzwyczaj cuchnący, nieczysty, nierówną atoniczną ziarniną pokryty, o wejrzeniu słoninowatem, bardzo sączący. Przez 5 dni kąpiele z letniej wody z dodatkiem kreoliny, poczem, za każdym razem, na wrzód gaza żółta i zwykły opatrunek. Po oczyszczeniu się wrzodu, t. j. od dnia 31-go maja do 9-go lipca stosowano opaski klejowo-cynkowe, w którym to dniu wrzód do $^1/_4$ części się zabliźnił.

Dażność do szybkiego gojenia się jednak nie u wszystkich wrzodów jest jednakową; niektóre, szczególnie wrzody obejmujące okrężnie całe podudzie z nacieklymi twardymi brzegami, oraz atoniczne, okazują dopiero po założeniu 3-ch do 4-ch opasek pewną dażność do gojenia się, zwłaszcza po zmiękczeniu brzegów wrzodu pod opaską. W ogólności, co do czasu leczenia, nadmienić wypada, że wrzody małe, niezaniedbane, często po założeniu już jednej opaski, pozostawionej na czas dłuższy, goją się pod nią. Wrzody średnie i większe wymagają do wyleczenia okresu kilkutygodniowego, z tą różnicą, że w większych — początkowa zmiana opasek musi być częstszą niż w średnich, gdyż zazwyczaj więcej sączą, a wstrzymanie sączenia pod wpływem dermatolu bardzo rzadko się udaje.

Najwięcej czasu do wyleczenia całkowitego wymagać będzie wrzód, opisany pod Nr. XII. Lecz stanowczo tu stwierdzić musimy, że przypadek ten właściwie nadawał się do amputacyi, podobnie jak przypadki I. i XIII.; a jedynie tylko, wobec dobrego dotychczasowego wyniku leczenia, za pomocą opasek klejowo-cynkowych, dla próby zastosowano tu leczenie zachowawcze. Wobec pomyślnego zaś wyniku tego leczenia, czas nie wchodzi tu wcale w rachubę.

Przeglądając historye chorób oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza od r. 1893 do 1896 włącznie, przekonaliśmy się, iż leczono przez ten czas wrzodów podudzia na tle żylaków 108. Z tego, metodą Thierscha lub Reverdina 13, bez oznaczenia jakości leczenia 67; a amputacyj, z powodu wrzodów podudzia, wykonano 28, z tego u osób między 18 a 30 rokiem życia 7 razy, między 30 a 50 rok. życia 11 razy i tyleż razy u osób powyżej 50 lat. Co do wielkości wrzodów przy amputacyi podane są często wrzody wielkości dwu dłoni, w innych wypadkach nie podana wielkość, tylko ogólnie „rozległe owrzodzenie". Nasze przypadki zwłaszcza XII, XIII i I, mityguja zapał operacyjny wobec wrzodów podudzia i każą ograniczyć amputacyę do przypadków wyjątkowych, a w zasadzie próbować zawsze przedtem opasek klejowo-cynkowych; a dopiero gdy te nie dadzą pożądanego wyniku, proponować choremu amputacyę. Najlepszym tego dowodem, że od czasu objęcia kierownictwa oddziału chirurgicznego przez prof. Trzebickyego, nie wykonano na oddziale ani jednej amputacyi z powodu zwykłego wrzodu podudzia. Z przypadków będących w leczeniu u nas, najchętniej do stałego leczenia przyjmowaliśmy wrzody większe, a jak dotąd, wszędzie osiągamy dobre wyniki.

Działanie opasek klejowo-cynkowych jest jasne: uciskają one równomiernie i elastycznie podudzie, usuwając przez to nieprawidłowe krążenie, a przytem nie odbierają choremu możności oddawania się swojemu zajęciu. Opatrunek ten osłania zarazem wrzód i chroni go od zakażenia, nie zatrzymując wydzieliny wrzodu i skóry.

Opaski takie nadają się najbardziej z powodu swej taniości i prostej techniki do leczenia ambulatoryjnego, szczególnie w szpitalach.

Wyniki osiągnięte są równie korzystne, bez względu na to, czy wrzód powstał na tle żylaków, czy też w następstwie przewlekłego wyprysku; w tym ostatnim razie używaliśmy pasty Lassara, kseroformu, lub pudru cynkowego, a na to dopiero zakładano opaskę.

Miły spełniam obowiązek, składając na tem miejscu prymaryuszowi oddziału, Wnemu Prof. Dr. Trzebickyemu, serdeczne podziękowanie za pozwolenie korzystania z materyału oddziału chirurgicznego i za łaskawie udzielone mi wskazówki i rady.

IV. Oceny i sprawozdania.

Penzoldt i Stintzing: **Handbuch der Therapie innerer Krankheiten.** Zeszyt 13—17. Jena, 1898, Nakład G. Fischera.

Druk wybornego podręcznika zbliża się szybkim krokiem do końca. Obecnie opuściły prasę: dokończenie 4-go i znaczniejsza część 5-go tomu, a znajdujemy w nich następujące rozdziały: leczenie chorób żołądka (Prof. Penzoldt), zabiegi chirurgiczne w chorobach żołądka (Prof. Heineke), leczenie chorób jelit (Penzoldt), zwężenie jelit, ich nowotwory i choroby odbytnicy (Prof. Graser), pasorzyty jelit (Prof. Leichtenstern), leczenie chorób otrzewnej (Penzoldt i Graser) z uwzględnieniem chorób kobiecych (Pf. Winckel), leczenie chorób wątroby, dróg żółciowych i trzustki środkami wewnętrznymi (Pf. Leichtenstern), chirurgia kamicy żółciowej (Prof. Riedel), chirurgia wątroby i trzustki (Prof. Madelung), a w dodatku leczenie chorób oka, zdarzających się w chorobach przewodu pokarmowego (Prof. Eversbusch). Tom piąty poświęcony jest

leczeniu chorób nerwowych; poszczególne działy opracowali: Prof. Stintzing: ogólne zapobieganie i dyetetyka chorób układu nerwowego, Prof. Binswanger: Leczenie zapomocą odżywiania, Prof. Liebermeister: Poddawanie i hypnotyzm, Hösslin: Leczenie wodą, Stintzing: Leczenie klimatyczne i w zdrojowiskach, oraz: Leczenie elektrycznością i mechaniczno-operacyjne, w końcu: Leczenie środkami lekarskimi. W części szczegółowej opracowali: Prof. Strümpell i Möbius: Leczenie chorób czynnościowych (nerwic), a w dodatku: Prof. Riedel: Chirurgiczne leczenie choroby Basedowa, Prof. Frommel: Leczenie drgawek (eclampsia) Gutzmann: Zboczenia mowy. W końcu znajdujemy początek rozprawy prof. Edingera: O leczeniu chorób nerwów obwodowych. Wobec niezwykłego rozrostu sposobów leczniczych w chorobach przewodu pokarmowego i nader szybkiego rozwoju terapii chorób nerwowych, takie zestawienie obecnego stanu nauki, jakie dają w tych działach wymienione rozprawy, skreślone przez znane powagi fachowe, jest bardzo na czasie; ogół lekarski zapewne też z uznaniem powita pożyteczne dzieło Penzoldta i Stintzinga. *Z.*

Doc. Dr. Haug (Monachium): **Thun u. Lassen in der Behandlung etlicher der häufigsten Ohrenkrankheiten.** *(Seitz et Schauer, Monachium 1898).*

W pracy tej zwraca się autor do lekarzy praktycznych z zastrzeżeniami i radami, tyczącemi się postępowania lekarskiego w przypadkach spotykanych najczęściej w praktyce codziennej i ze wskazówkami, przy uwzględnieniu których można niejednemu nieszczęściu zapobiedz i niejedno życie ludzkie ocalić. Kolejno omawia autor jakiem być powinno postępowanie lekarza w obec ciał obcych w uchu, woskowin, w uszkodzeniu ucha zewnętrznego i błony bęb., wyprysku, roztrząsa wskazania i przeciwwskazania do natrysku powietrza i do nacięcia błony bęb. Ten ostatni rękoczyn stawia słusznie na równi z cięciem przepuklinowem i tchawiczem, pod względem znaczenia dla zdrowia, a czasem i życia chorego. —

Co do natrysku powietrza do ucha środkowego, to nie ulega żadnej wątpliwości, że ten w pewnych okolicznościach szkodzić może; że zaś on w każdym przypadku sprawy ostrej szkodzić musi, jak to autor przedstawia, to przecież twierdzenie takie nie odpowiada rzeczywistości i doświadczeniu. Wcale nierzadko spostrzegamy, że wpędzenie powietrza nie tylko nie szkodzi, ale nawet sprowadza natychmiastową ulgę, a nawet poprawę przedmiotową i trwałą, podczas gdy w innych znowu przypadkach, mimo zaniechania tego zabiegu, choroba przebiega niekorzystnie i wikła się z zapaleniem wyrostka sutkowego itp. Zgadzamy się jednak z autorem w tem, że w pewnych ostrych sprawach ucha środkowego i jamy nosopołykowej zabiegu tego wykonywać nie wolno, ze względu na łatwą możebność zaostrzenia i rozszerzenia sprawy zapalnej, zwłaszcza przy zamkniętej błonie bębenkowej i że wskazanem jest tu ścisłe indywidualizowanie w każdym poszczególnym przypadku.

Praca Dra H. w zupełności zadość czyni temu, co tytuł zapowiada. Doświadczony na tem polu autor jest wybornym znawcą potrzeb lekarza praktycznego, którym zadość uczynić zamierzył, a co mu się w zupełności powiodło. Ze względu na praktyczne znaczenie zasługuje ta rzeczywistej potrzebie i celowi odpowiadająca praca, na polecenie i na rozpowszechnienie. *Spira.*

V. Wyciągi.

Schlossman: **Nowy sposób odkażania pomieszkań.** *(Berl. klin. Wchs.,* 1898. Nr. 25). S. wypracował swój sposób wspólnie z Doc. Waltherem. Starając się zapobiedz szybkiej polymeryzacyi formaldehydu, która jest wadą dotychczasowych sposobów odwietrzania mieszkań zapomocą tego środka, gdyż bardzo szybko pozbawia go jego własności, dodawał S. i W. do formaldehydu różne substancye. Z dodatków tych najlepszą okazała się gliceryna. Działanie w ten sposób otrzymanego glykoformolu dało się najlepiej wyzyskać zapomocą rozpylacza *(Vernebelungsapparat)*, zbudowanego przez firmę Lingner w Dreźnie. Przyrząd ten składa się z pierścieniowatego kociołka, w którym zagrzewa się wodę do wrzenia; wytworzona para przechodzi do zbiornika, wypełnionego 40% formalina z dodatkiem 10% gliceryny (glykoformol). Prąd formaldehydu, zamienionego w gaz, wytryska z przyrządu czterema rurkami w pokrywie, porywając ze sobą mechanicznie cząstki wody i gliceryny. Już po 10 minutach czynności przyrządu napełnia się pokój, wielkości 60 metrów sześciennych, nieprzeźroczystą mgłą, złożoną z formaliny, wody i gliceryny. Po 3 godzinach działania przyrządu odkażenie pokoju jest zupełne, a dotyczy ono także spluwaczek z 3 mm. warstwą ziemi, 5 mm. warstwy nawozu końskiego, splamionej bielizny i t. d. (W każdym więc razie odkażenie jest dość powierzchowne i nie dotyczy głębi przedmiotów Rf.). Zalety sposobu S. i W., wykonanego przyrządem Lingnera, mają być w porównaniu z dawnymi sposobami następujące: 1) Bezwzględne odkażenie. 2) Nie potrzeba zaklejać drzwi i okien. 3) Całe odkażenie trwa tylko 3 godziny (w sposobach Scheringa i Trillata potrzeba na to 24 godzin. 4) Przyrząd łatwo obsłużyć; nie grozi on przytem niebezpieczeństwem, gdyż działa przy ciśnieniu pół atmosfery. 5) Sposób jest tani i nie uszkadza przedmiotów. 6) Wytworzona mgła, jako cięższa od powietrza, po ukończeniu czynności sama opada na dół, zabierając ze sobą zarazki z powietrza. 7) Skuteczność sposobu ograniczona jest jedynie do własności gazu: zabójcze działanie na zarazki następuje tak głęboko, jak głęboko gaz zdoła wniknąć. 8) Po ukończeniu odkażenia można szybko usunąć zapach formalinu, zobojętniając jego resztki amoniakiem i silnie wietrząc pokój.

(Za staraniem Dyr. Prof. Ponikły są w toku doświadczenia z przyrządem Lingnera, którymi zajmują się uproszeni przez Prof. P. koledzy Dr. Batko i Kostanecki; ponieważ wynik doświadczeń w swoim czasie będzie ogłoszony, wkrótce więc sprawdzić będzie można zapewnienia Schlossmana). *Doc. Ciechanowski.*

Hansemann. **Wtórne zakażenie prątkami gruźliczymi.** *(Berl. kl. Wchs.* 1898. 11.). Bakteryolodzy mało zwracają uwagi na okoliczność, że pewne sprawy chorobowe mogą przejść w gruźlicę wskutek wtórnego zakażenia prątkiem Kocha. H. za wzorem większości anatomopatologów stwierdza, że zdarza się to względnie często. I tak sądzi on, że zołzy nie są gruźlicą, lecz stają się nią dopiero wtedy, gdy przyłączy się działanie prątków gruźliczych. Na dowód tego przedstawiał H. w berlińskiem Tow. lek. preparaty ze świeżymi gruzełkami w starych zmianach rozmaitego pochodzenia (wrzody durowe, zapalenie płuc włóknikowe i nieżytowe it.d.). U pewnej chorej rozpoznawano za życia gruźlicę na podstawie samego tylko badania plwocin; po śmierci znaleziono tylko dwie jamy, pochodzące z rozszerzenia oskrzeli, a usadowione po jednej w każdem płucu. W treści jamy płuca lewego znajdowały się prątki gruźlicze; po prawej stronie nie było ich wcale. Pomimo więc, że z jednej jamy, zakażonej prątkami Kocha, były one wykrztuszane, mimo to do zakażenia drugiej jamy nie przyszło. Wtórne zakażenie gruźlicą nie może w tym przypadku żadnej ulegać wątpliwości. *C.*

Obici. **O własnościach chorobotwórczych kropidlaka.** *(Aspergillus fumigatus).* [Zieglers Beitr. XXIII. 2]. Spostrzegając przypadek, w którym przez owrzodzenie oskrzela dostał się kropidlak do płuc i od czasu do czasu znajdował się w plwocinach, przeprowadził O. szereg doświadczeń i zebrał odpowiednie piśmiennictwo, dochodząc w końcu do następujących wniosków: Kropidlak może sam przez się być u ludzi i zwierząt przyczyną choroby; zwykle jednak usa-

dawia się w częściach już dawniej schorzałych. Zarodniki jego znajdują się obficie w zbożu, trawie, słomie, grochu it.d. U ludzi rozwija się zwykle sprawa chorobowa w płucach i naśladuje swymi objawami gruźlicę. Wszczepiając zarodniki kropidlaka zwierzętom do krwi, przedniej komórki oka lub do otrzewnej, można wywołać ogólne zabójcze zakażenie kropidlakiem. Po wszczepieniu małych ilości grzybka powstają natomiast w narządach wewnętrznych guzki, zupełnie podobne do gruzełków z wejrzenia gołem okiem, a złożone z grzybni, nacieku drobnokomórkowego i niekiedy także z wielojądrzastych komórek olbrzymich. Grzybnia i naciek drobnokomórkowy mogą ulegać ziarnistemu rozpadowi; właściwe zserowacenie nigdy się nie rozwija.

Doc. Ciechanowski.

Abba i Rondelli. **Formaldehyd a odwietrzanie** (*Zts. f. Hyg. 27.* Zesz. I). Im wyższa jest ciepłota i im suchsze powietrze w odkażanej przestrzeni, tem lepiej działa formalin. Formaldehyd, jako czysty gaz, nie posiada własności wnikania w głąb przedmiotów; niszczy sukno, futra, papier, skórę, drzewo it.p., natomiast nie narusza farb, prócz tych, które wyrabiają się ze smoły i jej przetworów. Odkażanie pomieszkań w lecie w suchej i ciepłej porze jest skuteczniejsze i prędsze. Jeżeli po odkażeniu mieszkania należycie nie przewietrzono, nie można w niem jeszcze po dobie przebywać, a tem mniej spać. Zapach formaldehydu utrzymuje się jeszcze dłużej (do kilku dni), jeżeli podłoga jest drewniana. Odwietrzając jakiekolwiek mieszkanie, nie podobna prawie przeszkodzić wydostawaniu się woni formaldehydu poza nie. Łóżka, bielizna, odzież it.d. nawet w najmniejszym pokoju nie dają się odkazić, choćby bardzo luźno leżały, z wyjątkiem bardzo cienkich, wiszących swobodnie sztuk odzieży. Plamy z krwi, ropy lub kału nie dadzą się z odzieży po odkażeniu formaldehydem usunąć w żaden sposób. Materye barwione przebarwiają się pod wpływem formaldehydu na inny kolor, ale jednostajnie. Sciany i podłoga zwłaszcza w szczelinach, nie są nigdy na pewno odkażone. Odkażenie formaldehydem gazowym jest kosztowniejsze i trwa dłużej, niż odkażenie sublimatem. Wogóle niemożna zdaniem autorów, zastąpić formalinem sublimatu w odkażaniu pomieszkań, a pary wodnej w odkazaniu łóżek, pościeli i odzieży. Natomiast sądzą autorowie, że formalina bardzo nadaje się do odkażania innych przedmiotów, psujących się za użyciem pary wodnej lub płynów przeciwgnilnych. *C.*

Abel. **Przyczynki do bakteryologii wrzodziejącego zapalenia ust i gardła.** (*Stomatitis et angina ulcerosa*). (Ctblt. f. Bact. 1898. Tom 24. Z. I). Bernheim zwrócił niedawno uwagę, że z zapaleniem wrzodziejącem ust łączą się często, o czem w Niemczech prawie nie wspominano, owrzodzenia migdałków, zwykle po jednej stronie, podobne na pierwszy rzut oka do owrzodzeń błoniczych, a wywołane przez te same swoiste bakterye, jakie wykryć można w zapaleniu ust. Są to dwa rodzaje, których dotąd nie powiodło się sztucznie wyhodować, a z których jeden należy do gatunku *„spirochaete“*, drugi podobny jest nieco do prątków błoniczych. Jeżeliby się podania B. sprawdziły, nie byłoby to bez znaczenia dla bakteryologicznego rozróżniania błonicy od przypominających ją postaci wrzodziejącego zapalenia ust i gardła. Badając bakteryologicznie przypadki owrzodzeń na migdałkach w kierunku prątków błoniczych, spotkał Abel około 8 razy w preparatach z nalotów obraz opisywany przez Bernheima; równoczesne usiłowania wyhodowania prątka Löfflera pozostały bezowocne. We wszystkich tych przypadkach cierpienie usadawiało się zawsze na jednym tylko migdałku. Oprócz tego potwierdzają się spostrzeżenia Bernheima przez badania Plauta, Stoossa, Heima, a zwłaszcza Vincenta i Lemoina (ob. w „Przeglądzie“ listy z Paryża). Zdaje się więc z tego, że rzeczywiście istnieje pewna szczególna postać zapaleń ust i gardła z wrzodami, w których stale pojawiają się oba rodzaje bakteryi, opisane przez Bernheima; czy te właśnie rodzaje są przyczyną choroby, wykażą późniejsze badania; w każdym razie odkrycie B. rzuci może choć trochę światła w zawiłą sprawę niebłoniczych owrzodzeń gardła. Na uwagę zasługuje, że obraz bakteryologiczny w przypadkach Bernheima przypomina żywo to, co spotkał Vincent w przypadkach zgorzeli szpitalnej u Kabylów na Madagaskarze. *Doc. Ciechanowski.*

Spiegelberg. **Dalszy przyczynek do znajomości nieżytu jelitowego u noworodków, wywołanego przez paciorkowce.** (*Ctblt. f. Bact.* 1898. XXIV. 2/3). Przypadek S. rzuca nieco światła na źródła i bramę, przez którą paciorkowce dostają się do ustroju w owej szczególnej postaci nieżytów jelitowych, wykrytej i opisanej przez Eschericha, Hirsha i Libmana, a stwierdzonej od tego czasu kilkakrotnie, jako choroba nagminna. Przypadek ten dotyczy 9 miesięcznej dziewczyny, przyjętej do kliniki z powodu cierpienia oczu, i umieszczonej w sąsiedztwie innego dziecka, dotkniętego nieżytem jelit paciorkowcowym. Wkrótce potem dziewczynka zaczyna gorączkować, pojawiają się śluzoworopne, obfite stolce; po odpowiedniej dyecie i garbniku stan się poprawia, lecz w tydzień potem jeden, po kilku dniach drugi nawrót, połączony tym razem z objawami zapalenia płuc i ostatecznie zakończony śmiercią. Sekcya wykazała niski stopień gruźlicy i zapalenie płuc, zserowacenie gruczołów krezkowych i bardzo nieliczne i małe wrzody gruźlicze, obok rozległych śladów przebytych nieżytów jelitowych w postaci zaniku i szarego zabarwienia błony śluzowej. Autor stanowczo odpiera przypuszczenie, że cała sprawa była zwykłą gruźlicą; przeciw temu przemawia rozległość zmian nieżytowych jelit w porównaniu z niskim stopniem zmian gruźliczych i wynik badań bakteryologicznych, które za życia wykazały w moczu i stolcu obecność znamiennych paciorkowców. Paciorkowce te dały się z moczu wyhodować i działały na zwierzęta zabójczo. Badanie pośmiertne wykryło je w ścianach jelit i w ogniskach zapalnych w płucach. Były one nieco większe od paciorkowców, znalezionych przez Hirsha i Libmana, dawały się łatwiej hodować i przypominały *„diplococcus intestinalis“* Tavela, jednakże tworzyły jednostajne łańcuszki. Szczególne znaczenie przypisać należy obecności paciorkowców w danym przypadku w płucach; jest to bowiem niewątpliwy tym razem przykład zakażenia, przenoszącego się z jelit do płuc. *Doc. Ciechanowski.*

Löwenfeld: **Wiąd rdzenia a wysiłki cielesne.** (*Ctblt. f. Nervenh.* XXI, 101). Większość autorów przypisuje za Erbem i Fournierem kile najgłówniejszą rolę w powstawaniu wiądu; natomiast Leyden uważa za najczęstszą przyczynę wiądu zaziębienie, a Edinger nadmierne wysiłki cielesne. E. zwraca mianowicie na to uwagę, że u ludzi, narażonych na wysilanie nóg, musi wskutek nadmiernej czynności ucierpieć narząd nerwowy, służący do kojarzenia ruchów odnóg dolnych i tułowia, a na poparcie swego zapatrywania przytacza okoliczność, iż wiąd rdzenia pojawia się szczególnie często u wojskowych, leśniczych, urzędników kolejowych i t. d., natomiast rzadko u prowadzących życie nieruchawe nierządnic, oraz, że wiąd rozpoczyna się prawie zawsze od zaburzeń w ruchach nóg. Löwenfeld spostrzegał wiąd u 35-letniego czeladnika introligatorskiego, który stanowczo nigdy kiły nie przebywał, natomiast przez 11 lat pracował stojąc przy cięciu papieru, a w końcu przez 4 lata nadmiernie wysilał nogi, wprawiając przez 10 g. dziennie nogami w ruch jednę ze służących do tego maszyn. Nawiązując do tego spostrzeżenia, a opierając się na swojem rozległem doświadczeniu, zauważa L., że wysiłek fizyczny jest w etyologii wiądu czemś więcej, niż czynnikiem tylko pomocniczym. W małym ułamku przypadków jest on przeciwnie jedyną główną przyczyną wiądu, którą można postawić w jednym rzędzie obok zaziębienia i kiły; prawdopodobnie jednak istnieje w tych przypadkach jakaś wrodzona lub nabyta skłonność sznurów tylnych rdzenia do zmian chorobowych. *X.*

Rosenfeld: **Odróżnienie zapalenia pęcherza moczowego od zapalenia miedniczek nerkowych.** (*Berl. klin. Woch.* 1898, 30). Autor przechodzi wszystkie cechy moczu w obu tych chorobach, stwierdzając najczęściej stanowcze rozpoznanie jednej z nich. Oddziaływanie moczu jest tylko jedno-

stronnym szczegółem, gdyż w niepowikłanem zapaleniu miedniczek nerk. mocz bywa zawsze kwaśny; jednak zdarza się w zapaleniu pęcherza rzeżączkowem, gruźliczem lub w kamicy moczanowej. Z drugiej strony mocz alkaliczny przemawia za zapaleniem pęcherza, choć nie wyklucza równoczesnej obecności zapal. miedn. Kształt ciałek ropy daje także pewne wskazówki: ciałka pełzakowate (amebowate) przemawiają za zapal. miednicz., a chociaż znalezienie tylko okrągłych ciałek nie wyklucza jeszcze zap. miedn., to jednak wskazuje dość stanowczo na zapalenie pęcherza. Jeżeli pojawia się krew w moczu, to w zap. pęch. znajdujemy ciałka w rozkładzie chemicznym t. j. zatracenie powolne barwika bez rozpadu ciałek, — w zap. miedn. zaś rozpad morfologiczny, a więc drobne części ciałek, zwykle jeszcze zabarwione. Badaniu przybłonków w ropie odmawia autor znaczenia, z wyjątkiem tych przypadków, w których znajdujemy większą ilość drobnych komórek przybłonkowych z wyraźnem jądrem, zwykle skupionych, ponieważ przemawia to za pochodzeniem ropy z miedniczek nerkowych. Za najważniejsze należy uważać następujące dane: w zapal. pęch. wielkiej ilości ropy odpowiada stosunkowo niski odsetek białka (0,1, maximum 0,15%), w zapal. miedn. zaś zawartość białka jest zwykle 2—3 razy większą, niż w zapal. pęch. tego samego nasilenia, tak, że gdy zajęte są miedniczki nerk., już mały osad w moczu odpowiada wielkiej ilości białka. To też znane obliczenie, że 100.000 ciałek ropy w 1 mm.³ odpowiada 0,1% białka, ma znaczenie tylko w zapal. pęch., bo w zapal. mied. odsetek ten bywa 2—3 razy większy. W końcu zwrócić należy uwagę, że jeden szczegół nigdy nie stanowi rozpoznania, a tylko zbiór wszystkich objawów doprowadza do stanowczego wyniku.

F. K.

Klingelhöffer: **Podejrzane zmiany na zwłokach wskutek ukąszeń owadów** (*Viertelj. f. ger. Med.* XV. 1). Bardzo ubogi sługa pocztowy, opatrujący bateryę elektryczne i stąd mający pod ręką zgęszczone roztwory kwasów, stracił 9-miesięczne dziecko po 8-dniowej biegunce. Przy oględzinach zwłok dziecka w dobę po śmierci znaleziono przy kątach ust, żółte, ostro ograniczone, smugowate zaschnięcia skóry, a podobne plamy znajdowały się pod lewem uchem, na piersiach i na pośladkach. Podejrzywając, że usiłowano dziecko zatruć kwasem siarkowym, który wskutek obronnych ruchów dziecka bryznał także na skórę tułowia, zarządzono sekcyę sądową. W ustach i przełyku nie znaleziono zmian; tymczasowe orzeczenie brzmiało, że znalezione plamy pochodzą od zwilżenia skóry cieczą żrącą. Bardzo staranne badanie chemiczne cząstek skóry doprowadziło do wniosku, że zatrucie kwasem siarkowym nie jest udowodnione, lecz nader prawdopodobne. Ojciec, uwięziony, utrzymywał, że na zwłokach znalazł mnóstwo prusaków; w mieszkaniu jego nie znaleziono żadnych kwasów. Wobec tego znawcy orzekli, że znalezione zmiany mogły pochodzić również od ukąszenia prusaków; w tym kierunku oświadczyli się także dalsi znawcy. Tymczasem spotkał Kl. dwukrotnie jeszcze podobne zmiany na skórze i stwierdził, że powstały one istotnie przez prusaki (*Blatta germanica*).

C.

Collan: **O zapaleniu rzeżączkowem pęcherzyków nasiennych.** (*Monatsh. f. pr. Dermat. 1898*). Autor wskazuje na zapalenie pęcherzyków nasiennych, jako na powikłanie, nierzadko pojawiające się w rzeżączce. Z 15 spostrzeganych przypadków, w dziewięciu istniały przypady tego cierpienia, które polegały na tem, że wykazano ciałka ropy i gonokoki w wydzielinie pęcherzyków. Wydzielinę otrzymuje się w ten sposób, że po przepłukaniu dokładnem cewki i wyciśnięciu gruczołu krokowego, wyciska się zapomocą przyrządu Telekiego pęcherzyki nasienne, a z cieczy otrzymanej przy ujściu cewki lub w moczu, wydobywa się ciałka globuliny, podobne do ziarnek saga, stwardnia je, zatapia, a skrawki barwione błękitem metylowym bada pod drobnowidem.

F. K.

Gilchrist i Stockes: **Przypadek rzekomego liszaja żrącego.** (*Journ. of. exp. Med.* 1898, 53). U 22-letniego mężczyzny wystąpiły powoli zmiany na twarzy, w miesiąc później na grzbiecie ręki prawej, a w 6 miesięcy na mosznach i lewem udzie; te ostatnie zagoiły się samoistnie. Autorowie widzieli tego chorego w 33 r. jego życia; zmiany na twarzy rozpoznali jako liszaj żrący, bo najwięcej do tej choroby były podobne, mimo, że nie było odosobnionych guzków a tylko częścią drobne owrzodzenia, częścią zaś brodawkowate wybujałości. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka wykazało liczne, drobne, w skórze położone ropnie, w których znaleziono silnie łamiące światło ciałka, o podwójnych konturach, mierzące 10—20 μ w średnicy. Otrzymana z ciałek tych hodowla, wstrzyknięta do żyły szyjnej psa, wywołała w płucach przewlekłe ogniska zapalne, a częściowo serowate gruzełki. Autorowie nazywają znaleziony ustrój: *Blastomycetes dermatitidis*, a chorobę: *Dermatitis blastomycetica*. Chory opuścił szpital na własne żądanie.

F. K.

Borst: **O wzajemnym wpływie kiły i gruźlicy** (wedle *Münch. m. Woch.* 1898, 30, posiedz. Tow. lek. w Würzburgu). W r. 1894 przedstawiał Rindfleisch na Zjeździe w Wiedniu preparaty, w których ogniska gruźlicze otoczone były stwardniałą tkanką kiłową; B. przedstawia trzy płuca gruźlicze z kiłowych i wątrobę dziecka zmarłego w 11 tyg. ż. skutkiem kiły. W płucach wszystkie gruzełki, jakoteż jamy otoczone są tkanką bliznowatą, zawierającą liczne kilaki i włókniste guzki, większe zaś serowate guzy opatrzone są grubymi pierścieniami tkanki łącznej, dającej wypustki promieniste w otoczenie. Autor opierając się na tych badaniach uważa kiłę za jedną z przyczyn, pod wpływem której występują bardzo wybitnie uorganizowane tkanki w otoczeniu dawnych zmian gruźliczych.

F. K.

Dr. L. Glück: **Mittheilungen aus d. Abtheilung für Syphilis u. Hautkrankheiten d. bosn.-herzeg. Landesspit. in Sarajevo.** Wien 1898 str. 133. W r. 1894 założono w Sarajewie szpital powszechny, w którym znalazł pomieszczenie oddział dla chorób skórnych i wenerycznych, w dwóch oddzielnych pawilonach (męzkim i kobiecym), obejmujących 77 łóżek i pracownie, urządzone wedle nowoczesnych wymogów.

Prymaryusz tego oddziału, Radca sanitarny, Dr. L. Glück, daje sprawozdawczy przegląd swej działalności i ruchu chorych od połowy r. 1894 do końca 1896.

Liczba przychodnich chorych wynosiła przez ten czas 2859; ciekawym jest szczegół, że 16·4% z powyższej liczby przypada na tak nieufną ludność mahometańską, a uderzającą jest cyfra kiły późnej (32·6% kiły w ogóle). Na oddziele leczono 1847 chorych, z których 32·8% przypada na choroby skórne, a 26·8% na kiłę. Opisując dział chorób skórnych, przytacza autor historye przypadków ciekawszych. W kile zwraca uwagę wielka ilość przypadków kiły ciężkiej, bo 67 przyp. na 128, a z tych 9 przypadków rzadko się pojawiającej, uporczywej postaci guzkowej, t. zw. *lichen syphilit.* Kiły 3 rzędnej leczono znaczny bardzo odsetek, bo 36·4% wszystkich kiłowych (103 przyp., w tej liczbie 14 przyp. kiły późnej odziedziczonej); przytem zwraca Glück uwagę na 6 przypadków, w których widział zmiany wczesne obok zmian późnych, a omawiając częstość kiły złośliwej w swoich przypadkach, przychodzi do wniosku, że kiła jest w powyżej wymienionych prowincyach chorobą niedawno rozszerzoną.

Drugą część sprawozdania stanowią trzy prace naukowe. W pierwszej: „O rumieniu wielokształtnym przy kile“, ilustrowanej pięciu historyami chorób, wypowiada autor zdanie, zgodne z wielu autorami, że rumień u kiłowych jest o tyle w związku przyczynowym z kiłą, o ile jest wywołanym przez istoty zakaźne, krążące we krwi, a pochodzące od jadu kiłowego. Za tem przemawia ten ważny, często spostrzegany szczegół, że rumień występuje w różnych okresach kiły. Drugi artykuł omawia szerzenie się woszczyn (favus) w Bośnii i Hercegowinie i wskazuje na środki zapobiegające przenoszeniu się tej tak rozpowszechnionej choroby; wreszcie trzecia praca, napisana przez asystenta oddziału,

Dra O. Hildesa, nosi tytuł: „Leczenie kiły wstrzykiwaniami miąższowemi sublimatu w różnych dawkach“. Autor roztrząsa wyniki leczenia przy użyciu powyższych wstrzykiwań, które polegają na dokładnem dawkowaniu zależnie od ciężkości lub uporczywości zmian i siły osobnika. Zazwyczaj rozpoczyna od 1% rozcz. (jedna strzykawka Pravatza;) trzeciego dnia 2% rozcz., po 3-ch dniach 3%, a potem schodzi nazad do roztworów słabszych; gdy zmiany są nader uporczywe, można dojść w ten sposób do 5% roztworu, robiąc wtedy dłuższe przerwy między wstrzykiwaniami. — Jestto więc odmiana wstrzykiwań sublimatowych Łukasiewicza. Na mocy spostrzeżeń u 155 chorych twierdzi H., że wstrzykiwania powyższe, wprowadzone do literatury przez Dra Glücka, są postępem w leczeniu siły, bo dają możność indywidualizowania przypadków, usuwają szybko zmiany, — szczególnie zmiany krtani nawet bez leczenia miejscowego, — wreszcie nadają się do leczenia chorych przychodnich.

Sumienne zestawienie danych statystycznych, ubarwione uzasadnianiem liczb i objaśnieniem nieznanymi prawie dla nas stosunkami miejscowymi i historyami chorób, a nierzadko nawet rysunkami, — przedstawia zajmujący do przejrzenia materyał dla lekarza specyalisty; — stały wzrost zaś liczby chorych leczonych dowodzi, jak pracą i sumiennością zdobyć można zaufanie nawet nizko w oświacie stojącej ludności. Dołączone prace objaśniają nas, że oddział prowadzonym jest nie tylko z korzyścią dla leczonych, ale i z pożytkiem dla nauki. *F. K.*

Roncali. **Przypadek zakaźnego gruczolaka okrężnicy.** *(Papilloma infectans).* (Ctbl. f. Bact. 1898. XXIV. 2/3 4/5, 6, 7, 8 i 9). Pomijając przebieg kliniczny, (w którym zresztą zasługuje na uwagę, zdaniem R., wysoka i długotrwała gorączka) i opis operacyi, należy wspomnieć, że wydobyty guz ważył 2.900 gr. i siedział głównie na zewnętrznej powierzchni okrężnicy, w dwóch tylko miejscach przenikając na wskroś jej ścianę i bujając ku światłu; na powierzchni guzowaty, przy przekrawaniu trzeszczał; powierzchnia przekroju biaława, gdzieniegdzie jamki, wypełnione treścią czekoladową; w krezce i sieci przerzuty. Badając świeże cząstki guza, znalazł w nich R. kuliste, silnie światło łamiące twory rozmaitej wielkości, przeważnie z promienistemi lub współśrodkowemi czarnemi smugami lub czarnemi ziarenkami, niekiedy otoczone wieńcem komórek przybłonkowych; dalej ciałka owalne lub okrągłe, dochodzące wielkości ciałek białych, posiadające otoczkę o podwójnym zarysie, jednostajną protoplazmę i parę silnie łamiących światło ziarn w środku, a barwiące się sposobami Ziehla i Ehrlicha. Już na tej podstawie uważał R. znalezione twory za pasorzyty z rodzaju „*blastomycetes*“; wobec odczynników chemicznych zachowywały się one podobnie jak „*saccharomyces lithogenes*“, wykryty w nowotworach świnek morskich przez Sanfelicego i samegoż R. W skrawkach barwionych przedstawiał nowotwór budowę gruczolaka (niewiadomo dlaczego autor nazywa go raz rakiem gruczolakowym—*adenocarcinoma* — drugi raz brodawczakiem—*papilloma*. Ref.), z naciekiem drobnokomórkowym w częściach obwodowych, co autor tłómaczy w ten sposób, w myśl teoryi fagocytozy, że ciałka białe gromadzą się tam, gdzie znajdują się pasorzyty, a te istnieją głównie w obwodowych tj. najmłodszych częściach nowotworu. Twory, które autor uważa za pasorzyty, leżały najczęściej w środku wieńca komórek przybłonkowych, gdzieniegdzie jednak i wśród podścieliskowej tk. łącznej. Z przeszczepionych cząstek guza wyhodował się w zakwaszonym roztworze cukru po 8—10 dniach rodzaj „*blastomycetes*“, zabójczy dla morskich świnek. W obrzękłych gruczołach chłonnych i w ogniskach białawych, dostrzeżonych w narządach tych zwierząt, odnalazł R. pod drobnowidem opisywanego przez siebie pasorzyta.

W dalszym ciągu swej pracy przytacza R. wyniki badań własnych i innych autorów, mające dowodzić, że znajdowane w rakach i mięsakach „*coccidia*“ i drożdże są przyczyną, wywołującą nowotwory złośliwe. Dowody te, poczerpnięte prawie wyłącznie z prac współziomków Roncaliego, dadzą się streścić w następujących zdaniach: w nowotworach złośliwych można wykryć ciała, niepochodzące z komórek ustroju, a identyczne z jednej strony z tak zw. „coccidiami“, znajdowanemi w rakach i mięsakach, z drugiej z komórkami drożdżowemi, znajdowanemi w tkankach zwierzęcych po zaszczepieniu czystej hodowli drożdży; ciała te znajdują się tylko w utkaniu nowotworów złośliwych, niema ich zaś w innych sprawach chorobowych; leżą zawsze w obwodowych częściach nowotworu, t. j. tam, gdzie on się rozrasta; barwią się w sposób swoisty i dadzą się z nowotworów u ludzi i zwierząt wyhodować na sztucznych pożywkach; czyste ich hodowle przyjmują się u zwierząt, wytwarzają tam podobne formy, jak w nowotworach u ludzi i dają odczyn celulozy, co je wyróżnia od innych tworów, pochodzących ze zwyrodnienia samych komórek nowotworu; według Sanfelicego i autora niektóre rodzaje drożdży wywołują u zwierząt zmiany o cechach zmian nowotworowych, a nie zapalnych, i niekiedy tworzą rodzaj przerzutów, a często sprowadzają śmierć zwierzęcia. Jak R. pojmuje sprawę owych „zmian o cechach nowotworowych, a nie zapalnych“, wywoływanych przez zaszczepienie drożdży u zwierząt, o tem dowiadujemy się z dalszego ustępu, w którym R. oświadcza, że „nowotwory u ludzi i zwierząt są t y p e m przewlekłych spraw zapalnych“ (!) Tłómacząc dalej, dlaczego dotąd nie powiodło się wywołać zapomocą drożdży istotnych nowotworów u zwierząt, powołuje się R. na to, iż koniecznym warunkiem powodzenia takich doświadczeń jest przeszczepienie drożdży, „wywołujących“ dany nowotwór, na ten sam rodzaj zwierząt, u którego nowotwór występuje. Warunku tego dopełniono, mimo to doświadczenia dały wynik ujemny; i tu jednak znajduje R. wyjaśnienie tych niepowodzeń, żądając, aby do doświadczenia użyto zwierzęcia tego samego wieku, jak to, u którego powstał nowotwór i t. d.

(Reszta dość bałamutnej i bardzo rozwlekłej pracy R. wypełniona jest rozbiorem objawów klinicznych, rokowaniem i leczeniem opisanego na wstępie pracy przypadku; cała ta część nie zawiera nic nowego. Zastanawia się w niej autor między innymi nad punktem wyjścia i sposobem rozwoju nowotworu, w wywodzie bardzo rozwlekłym, z którego wyjmuję jeden szczegół, jako przykład, że wywody R. nie bardzo są zdolne natchnąć czytelnika zaufaniem do wartości całej pracy; oto, zdaniem Roncaliego, mogą leukocyty dawać początek bądźto tkance łącznej, bądź komórkom przybłonkowym; nie przeszkadza to zresztą Roncaliemu utrzymywać o parę ustępów dalej (i to w przytoczeniu z własnej jego dawniejszej pracy), że komórka ektodermalna nie może nigdy wytworzyć mesodermalnej i naodwrót. Mimo mnóstwa tego rodzaju wątpliwej wartości twierdzeń i niewytłómaczonych sprzeczności, zdawała mi się praca R. zasługiwać na wzmiankę, ponieważ jest on jednym, jeżeli nie z wybitniejszych, to przynajmniej z najhałaśliwszych i najgadatliwszych zwolenników teoryi pasorzytniczej nowotworów. Rf.).

Doc. Ciechanowski.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Gnaetholum. Środek według Bernarda Basa silniejszy, a więc skuteczniejszy, od kwasu karbolowego, kreoliny, kresolu i lysolu, lecz słabszy od fioletu metylowego i sublimatu. Według doświadczeń de Bucka nie przewyższa też gwajakolu i kreozotu w leczeniu gruźlicy, lecz ważne ma zastosowanie, jako środek znieczulający w nerwobólach i zapaleniach nerwów, użyty bądź w postaci pędzlowań, lub maści do wcierania w skórę, bądź też w wstrzykiwaniach podskórnych i miąższowych.

Rp.: *Gnaetholi*
Chloroformii aa 10.0
Ds.: *2—3 razy dziennie 3 ctm.³ popędzlować i miejsce to szczelnie osłonić.* (Neuralgia, neuritis).
Rp.: *Gnaetholi 5.0*

Vaselini 30 0
M. f. unguentum
S.: *Do wcierań* (Neuralgia).
Rp.: *Gnaetholi 2.00*
Glycerini puriss 20 0
Ds.: *5-tą część codziennie wstrzyknąć do pęcherza. Przed użyciem zamięszać* (Cystitis tuberculosa).
Rp.: *Gnaetholi 4.0*
Alcoholis 30.0
Aq. dest. 40 0
Syr. Codeini 30.0
Ds.: *3 razy dnia łyżkę stołową zażyć* (Tuberculosis).
Rp.: *Gnaetholi 1.0*
Misce terendo cum Glycerini sterilisati 9.0
Ds.: *Przed użyciem wstrząsnąć.*
Do podskórnych wstrzykiwań. (Neuralgia, Neuritis tbc.).

Guajacolum phosphoricum. Podawany przez A. Gilberta w gruźlicy płuc w dawkach 0.1—0.6 grm. dziennie, zamiast gwajakolu i kreozotu. Fosforan gwajakolowy nie rozpuszcza się w oliwie, lecz zawiera więcej gwajakolu, niż inne połączenia tego środka (mniej niż węglan i fosforyn gwajakolowy), i mniej jest od niego trującym.

Guajacolum phosphorosum ($P.(OC_6H_4OCH_3)_3$). Jest to proszek biały, krystaliczny, o ostrym smaku, lecz niewybitnej woni, rozpuszczalny w wodzie, łatwiej jeszcze w wyskoku, eterze, chloroformie, acetonie, benzynie, toluolu i w tłustych olejach, trudniej w olejku terpentynowym i glicerynie. Gwajakolu zawiera 92·28%. W ostatnich czasach poleca go Ballard pod nazwą *phosphoguajacolum*.

Drugie połączenie analogiczne, fosforyn kreozotowy, nazwane przez Ballarda *phosphatolum*, jest cieczą gęstawą, barwy żywo czerwonej, zapachem mało przypominającą kreozot, rozpuszczalną w wodzie, wyskoku, eterze, chloroformie i tłustych olejach, a zawierającą 90.5% gwajakolu. Oba te środki, mało dotąd znane, znajdą zapewne zastosowanie w leczeniu suchot.

Geosotum czyli Guajacolum valerianicum. Jest to ciecz tłusta, rozpuszczalna w wyskoku i eterze. Według Riecka przetwór ten jest skuteczny w stanach osłabienia, bezkrwistości i błednicy, w szczególności zaś w leczeniu gruźlicy płuc, wilka, gruźlicy kości i stawów.

Stosować go można według potrzeby wewnętrznie, zewnętrznie (gruźlica stawów), lub w postaci wstrzykiwań.

Wewnętrznie:
Rp.: *Guajacoli valerianici 0.2*
Dispens. in caps. gelat. opercula
Da tal. dos. Nr. XXV.
S.: *3 razy dnia po 1—3 kapsułek zażyć.*
Dzieciom:
Rp.: *Guajacoli valerianici*
Spir. menth. piper. aa 10 0.
MDs.: *3—5 razy dnia po 2—5—10—15 kropli w kleiku owsianym zażyć.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. J. Żychoń.

Dla usunięcia drobnych nowotworów dobrotliwych (szczególnie kłykcin kończystych) używa Unna 5% rozcz. paraformu w kolodyonie, gdyż wydzielający się z niego formaldehyd przyżega dostatecznie, a łagodnie; strup zaś powstały szybko się oddziela. Przy nadmiernem poceniu zaleca: *Adip. lanae 20,0, Sol. formalin. 10,0—20,0, Vaselin. fl. 20,0,* którytο środek jednak nie leczy radykalnie: do stałego użycia zaś przetłuszczone 5% mydło formalinowe. (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 4. 1898). *F. K.*

Jako pierwszą zasadę w leczeniu figówki wargi górnej (sykosis subnasalis) uznaje Unna unikanie wszelkiego tarcia i drażnienia tej okolicy; dlatego chorym nie pozwala używać chustki do nosa, a zaleca przestrzykiwanie nosa 10% wywarem kory chinowej na pół z wodą, lub 1‰—½% rozcz. ichtyolu, przy ciepłocie 30°; następnie wymycie wargi mydłem, obsuszenie i założenie w miejsca zajęte albo mułów cynkowo-siarkowego, cynkowo ichtyolowego, ichtyolowo chrysarobinowego, lub maści z tymi środkami, przyczem włosów wyrywać nie potrzeba. (*Montsh. f. pr. Derm* 12. 1898). *F. K.*

Pierwszy Robleder z kliniki Kollmanna ogłasza (*Month. für pr. Derm.* XXVII) wyniki otrzymane po naftalanie (naphthalan) w chorobach wenerycznych, jak w zapaleniu przyjądrza, smarując obficie moszna i w zapaleniu przewl. grucz. krokowego, stosując czopki z 25% naftalanu. Przytem wskazuje R. również na skuteczność tego mało dotąd używanego środka w wypryskach, szczególnie rąk, i w łuszczycy, zwracając uwagę na siłę redukującą tego środka, a więc podobieństwo w działaniu do ichtyolu i siarki. *F. K.*

Przy dużych wrzodach podudzia, pokrytych tkanką zgorzelinową, używa J. Marcuse (*Deut. m. Ztg.* 32. 1898) okładów z gazy, maczanej w octanie glinowym i przykrytej papierem kauczukowym; leczenie ma trwać tylko 4—6 tygodni. *F. K.*

VII. Sprawozdanie z IV-go Zjazdu w sprawie gruźlicy

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia 1898 roku.

(Ciąg dalszy).

Denys (z Lyonu): O leczeniu gruźlicy nową tuberkuliną. D. wytworzył nowy rodzaj tuberkuliny, który miał u psów okazać własności zapobiegawcze i leczące. U ludzi w 19 przypadkach daleko posuniętych, z wysoką gorączką, nie było żadnych pomyślnych wyników; u 6 lżej chorych ustąpiła po nowej tuberkulinie gorączka; z 48 niegorączkujących suchotników miało 15 wyzdrowieć (D. uważa zniknięcie prątków z plwociny za dowód wyleczenia); stan 25 polepszył się, 2 pozostał bez zmiany, 6 zmarło. Leczenie odbywa się tak, jak *Tb.* Kocha i winno trwać sześć miesięcy do roku a nawet dłużej.

Arloing, Courmont i Nicolas (z Lyonu) badali działanie tuberkuliny *TR.* Kocha doświadczalnie i odmawiają jej wszelkiej wartości. Leclerc (z Lyonu) próbował *TR.* u ośmiu chorych bez najmniejszego wyniku; tosamo stwierdził Vaquier (z Villiers) u 5 dzieci z gruźlicą płuc. Przeciwnie Benoit (z Paryża) radzi wstrzymać się jeszcze z potępieniem *TR.*, ponieważ zauważył u swoich chorych po tym środku niejakie polepszenie.

Arloing i Nicolas badali wpływ zakażenia paciorkowcami na przebieg gruźlicy u królików i doszli do wniosku, że zakażenie to ułatwia uogólnienie się gruźlicy w ustroju.

Hirschfelder (z San-Francisco) robił próby z oksytuberkuliną, przypuszczając, że utlenienie tuberkuliny może ją zamienić w antytoksynę. Oksytuberkulina Hirschfeldera ma powstrzymywać rozwój prątków Kocha w hodowlach już w rozcieńczeniu 7:20, i nie wywiera szkodliwego wpływu na zwierzęta. U 70 chorych miał H. otrzymać po oksytuberkulinie wiele polepszeń, między innymi w jednym przypadku gruźlicy prosówkowej i w kilku przypadkach gruźlicy skóry.

Blache (z Paryża) poleca w gruźlicy dzieci wstrzykiwania sztucznej surowicy; Maragliano zachwala leczenie swoją surowicą.

Landouzy (z Paryża) był sprawozdawcą w przedmiocie leczenia gruźlicy zapomocą surowic i toksyn. Pole dla ścisłych badań tego zagadnienia otwarło się dopiero w roku 1890 po pracach Behringa i Kitasato nad błonicą i tężcem. Pierwsze próby uodpornienia zwierząt przeciw gruźlicy i uzyskania z nich surowicy przeciwgruźliczej, podjęte wówczas, nie powiodły się. W tymże czasie Koch próbował zastosować do leczenia gruźlicy zasadę Pasteurowską: uodpornianie zapomocą wytworów drobnoustrojów. Stąd powstała pierwsza tuberkulina. Usiłując wydzielić z tuberkuliny niebezpieczne składniki, wywołujące gorączkę, wytworzył potem Koch tuberkulinę *TR.* Zdaje się, że i ten środek nie posiada wielkiej wartości, nie należy jednak zbyt się spieszyć z zupełnem jego potępieniem, skoro próbuje się go dopiero od 15 miesięcy. W Niemczech liczniejsi są przeciwnicy *TR.* od jej zwolenników; Francuzi przeważnie wstrzymują się od stanowczego sądu. Uznano jednakże przynajmniej nieszkodliwość *TR.* Lepsze są wyniki stosowania *TR.* w gruźlicy skóry; w Anglii i w Niemczech zachęcają do dalszych badań w tym kierunku. — Hirschfelder stara się ulepszyć tuberkulinę zapomocą utlenienia. Maragliano dąży do uzyskania zapomocą niej surowicy leczniczej. — Broca i Charrin otrzymali pomyślne wyniki w gruźlicy stawów zapomocą surowicy psów gruźliczych; Babes i Broca wytworzyli zapomocą wstrzykiwań tuberkuliny i zabitych hodowli surowicę zwierzęcą, zabójczą dla prątków „in vitro" i uodporniającą przeciw nim zwierzęta. Behring spodziewa się kiedyś w przyszłości swoistego środka przeciw gruźlicy z połączenia leczenia surowicami z leczeniem toksynami. Wyleczywszy ciągłemi wstrzykiwaniami gruźliczą krowę, miał B. znaleść w jej surowicy nową substancyę, zobojętniającą istotnie jady (toksyny) gruźlicze. Obecnie bada Behring, czy ptaki nie nadają się lepiej od ssawców do wytwarzania tej antytoksyny. W tym celu też wytworzył B. nowy rodzaj tuberkuliny, nadzwyczaj silnej, rozpuszczając zapomocą eteru i chloroformu tłustą osłonkę prątków gruźliczych. — W ogólności dotychczasowe usiłowania nie doprowadziły do swoistego sposobu leczenia gruźlicy; gdyby go wynaleziono, to mógłby on być skuteczny tylko w pierwszych okresach tej choroby, a byłby bądźcobądź bezsilny wobec zakażeń wtórnych, mięszanych.

Arloing badał porównawczo działanie fizyologiczne rozmaitych substancyj, wyciągniętych z hodowli prątków Kocha, mianowicie: 1) przesączu hodowli bulionowej (*TA.* = dawna tuberkulina Kocha); 2) odwaru z odsączonych prątków (*TB.*); 3) strątu wyskokowego z przesączu bulionowego (*TC.*);

4) płynu pozostałego po strąceniu *TC.* (*TD.*). — *TA.* jest bardzo silną trucizną (zabija psy w dawce 1:1000 żywej wagi), rozszerza naczynia, przyspiesza tętno, obniża parcie tętnicze, wywołuje gorączkę i zaburzenia w trawieniu. — *TB.* zwalnia tylko nieco uderzenia serca, nie jest zabójcza. — *TC.* wywołuje nieco gorączki. — *TD.* słabo rozszerza naczynia i podnieca czynność serca. — *TR.* Kocha przypomina najbardziej działanie *TB.* Oksytuberkulina Hirschfeldera wywołuje niewielkie zaburzenia w krążeniu i trawieniu.

Courmont: Rozpoznawanie wysięków gruźliczych zapomocą surowicy (serodyagnostyka). Rozpoznanie przyrody gruźliczej wysięków zapomocą hodowli często zawodzi: zapomocą szczepień próbnych trwa zbyt długo. — C. stwierdził, że wysięk gruźliczy wywołuje zlepianie się prątków w hodowlach, dodany w stosunku 1:5—1:10, a nawet 1:20. — Wysięki innej przyrody wywołują zlepianie się poniżej 1:5. — Na 11 przypadków klinicznie rozpoznanych gruźliczych wysięków opłucnowych, otrzymał C. swoją próbą 10 razy odczyn dodatni: na 9 przypadków wysięków, nieposiadających klinicznych cech gruźlicy, odczyn był 4 razy dodatni; w 5 przypadkach z wynikiem ujemnym sekcya nie wykazała gruźlicy. Z 13 przypadków puchliny brzusznej, w 5-ciu był dodatni odczyn i stwierdzono gruźlicę otrzewnej; w 8 innych znaleziono marskość wątroby.

Sirot (z Beaune): Wczesne rozpoznawanie gruźlicy zapomocą wstrzykiwań sztucznej surowicy. Sztuczna surowica wywołuje u dorosłych osób, dotkniętych gruźlicą, odczyn gorączkowy, podobny do odczynu po tuberkulinie. Tosamo stwierdził S. doświadczalnie na zwierzętach. Wstrzykiwania okazały się u zwierząt i u ludzi nieszkodliwe.—Hutinel zauważył i ogłosił to zjawisko już przed kilku laty. Odczyn występuje w bardzo rozmaitych przypadkach, byle wstrzyknięto ilość dość znaczną; u gruźliczych odczyn zdaje się być nieco silniejszy. W każdym razie jednak niema on znaczenia swoistego. Wstrzykiwania nietylko nie są szkodliwe, lecz mogą być niekiedy niebezpieczniejsze, niż zadawanie tuberkuliny. Zauważono bardzo ciężkie objawy u wyniszczonych dzieci.—Sirot odpowiada, że H. czynił próby na dzieciach, a nie na dorosłych, i że ponawiał wstrzykiwania, zamiast zadowolnić się jednem tylko, jak to S. radzi.

Calot (z Berck): Leczenie bezkrwawe gruźlicy stawów. Uważając gruźlicę stawów za ropnie zimne, leczy je C., wstrzykując co 2 do 3 dni po 2—10 gramów naftolu kamforowego przez miesiąc (2 lub 3 ostatnie wstrzyknięcia z eteru jodoformowego), a potem stósując ucisk stawu przez 3 do 4 tygodni. Postępowanie to nadaje się zawsze, bez względu na to, czy w stawie jest wysięk lub go niema; nie można tylko wstrzykiwać do stawu biodrowego z powodu głębokiego jego położenia. Wyniki takiego leczenia są gorsze, jeśli już istnieją przetoki, z powodu zwykłych w tych razach zakażeń mieszanych. Na 40 przypadków gruźlicy stawów miał C. podobno 39 wyzdrowień przy tem leczeniu. Ważne znaczenie ma ortopedya; u czwartej części chorych uzyskał C. powrót czynności stawu. C. sądzi, wbrew dawniejszym zapatrywaniom, że w gruźlicy stawu należy dążyć do przywrócenia mu ruchomości.—Coudray (z Paryża) zaznacza, że leczenie zachowawcze przez spoczynek, ustalenie i ucisk trwa bardzo długo i nie zawsze sprowadza wyleczenie. Stąd też wyciągania nadają się tylko do leczenia gruźlicy stawu biodrowego, zresztą zaś należy bezpośrednio działać na ognisko gruźlicze. C. przenosi sposób Lannelonguea nad wstrzykiwania eteru jodoformowego, gdyż sposobem tym otrzymał doskonałe wyniki w 64 przypadkach gruźlicy stawów.—Redard (z Paryża) zaleca, jako leczenie zachowawcze, wstrzykiwania oliwy jodoformowej (5 — 10%); eter bowiem wywołuje bóle, a niekiedy zgorzel skóry. Wstrzykiwać należy nietylko w staw, ale i w jego otoczenie. Wyleczenie otrzymał R. w ten sposób w 60% gruźlicy stawu kolanowego, a w 40% gruźlicy innych stawów, wreszcie w 70% zimnych ropni. Przed wstrzykiwaniem oliwy jodoformowej do zimnych ropni należy je przepłukać β-naftolem.

Siegen (z Luksemburgu): Wyjałowienie mięsa zwierząt gruźliczych za pomocą środków przeciwgruźliczych jest niewłaściwe, gdyż później nieraz mięso takie, przemycone i spożyte, może działać szkodliwie. Niszczenie mięsa można zastosować tylko w przypadkach gruźlicy ogólnej; zresztą zaś należałoby mięso zwierząt gruźliczych wyjaławiać odrazu w rzeźniach i oddawać na sprzedaż po nizkich cenach. Zwykłe gotowanie nie wystarczy do wyjałowienia z powodu obecności gruczołów serowatych w głębi; nadaje się tu jedynie działanie pary wodnej pod ciśnieniem w ciepłocie 110—125° C. w ciągu 2—3 godzin. Postępowanie to zaprowadzono gdzieniegdzie w Niemczech, w Belgii i w Holandyi; ludność chętnie kupuje to tanie mięso, a dochód służy na wynagrodzenie właścicieli sztuk gruźliczych, przymusowo zabijanych.—Morot podaje, że postępowanie to z powodzeniem zastósowano w Troyes.

Moussu (z Alfort): O zaraźliwości gruźlicy. M. umieścił w oborze, w której przebywało bydło gruźlicze, 7 zdrowych sztuk bydła, 17 koni, 2 barany i 1 świnię na 5 miesięcy do dwóch lat. Bydło przed zamknięciem w oborze nie oddziaływało na tuberkulinę; odczyn pojawił się, zanim wystąpiły jakiekolwiek kliniczne oznaki gruźlicy; sekcya wykazała zajęcie gruczołów chłonnych. Z 17 koni wszystkie się zakaziły: stwierdzono to bądź zapomocą tuberkuliny, bądź przy sekcyi. Jeden z baranów oddziaływał na tuberkulinę; sekcya nie zdołała wykazać gruźlicy. Drugiego zachowano dłużej przy życiu, a sekcya stwierdziła gruźlicę. U wieprza wrotami zakażenia było ukąszenie na nodze.

Stube (z Brukseli) radzi dla zapobiegania gruźlicy u bydła wyznaczać nagrody za higieniczne utrzymanie obór i zakazać używania tuberkuliny bez urzędowego nadzoru.—Magnan (z Nicei) podaje, że w Nicei wydają się urzędowe świadectwa tym mleczarniom, w których krowy nie oddziaływały na tuberkulinę; ogłaszanie tych świadectw w dziennikach kieruje kupujących do niezakażonych mleczarni, a temsamem zachęca właścicieli do szczepień i wybijania zakażonego bydła.

Desnos (z Paryża): Chirurgiczne leczenie gruźlicy pęcherza. Wprawdzie pierwotna gruźlica pęcherza często długo nie posuwa się dalej, jednakże wyskrobanie lub wycięcie całkowite błony śluzowej pęcherza nie wiele pomaga, a niekiedy następuje po tych zabiegach zakażenie gruźlicą wyższych odcinków narządu moczowego. Mimo to w niektórych przypadkach ze znacznymi bólami usprawiedliwione jest cięcie nadłonowe; w każdym jednak razie nie należy wówczas tykać błony śluzowej, lecz zadowolnić się założeniem stałej przetoki moczowej na rok co najmniej, przez co nietylko bóle się zmniejszają, ale i sprawa gruźlicza zdaje się zatrzymywać w rozwoju. Jeżeli nie można operować, należy się uciec do wkraplań sublimatu i oliwy z gwajakolem, a zawsze pamiętać o leczeniu ogólnem.

Berlioz (z Grenoble) zaleca w leczeniu gruźlicy lewatywy z serogwajakolu, tj. surowicy z dodatkiem fosforanu gwajakolowego, do czego można dodać 3% wyciągów glicerynowych z jąder, wątroby, mózgu, śledziony i t. d. B. stósuje dziennie 2 lewatywy po 30 gramów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

IV-ty Wiec Izb lekarskich rakuzkich odbędzie się w poniedziałek, 10 października, we Lwowie: Przytaczamy tylko ważniejsze wnioski, zgłoszone na ten wiec:

1) Sprawa wspólnego adresu jubileuszowego do Cesarza;
2) Wnioski, mające na celu zmianę ustawy o Izbach lek., a mianowicie: a) w kierunku rozszerzenia ustawy o przynależności lekarzy tak, by wszyscy lekarze, a nawet lekarze urzędnicy, przy władzach polit. i wojskowi byli do Izby przynależni i b) w kierunku rozszerzenia władzy dyscyplinarnej Izby i ustanowienia odrębnej Rady honorowej;
3) Obrady nad memoryałem, ułożonym z polecenia III Wiecu Izb przez prezydenta Izby morawskiej, przedstawiającym powody niepomyślnych stosunków stanu lekarskiego;
4) Sprawa Kas chorych;
5) Sprawa honoraryów lekarskich;
6) Partactwo lekarskie;
7) Stabilizacya i polepszenie bytu lekarzy kolejowych. Unormowanie rocznych płac lekarzy, zajmujących stałe posady;
8) Zniesienie przymusu pomocy lekarskiej;
9) Dyskusya nad wpływem nowych ustaw podatkowych na stan lekarski;
10) Sprawa świadectw lekarskich.

Sprawozdanie za miesiąc wrzesień. 1898, z ochronnego leczenia przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura.

Leczono ogółem 33 osób; w liczbie tej 9 osób pozostałych w leczeniu z m. sierpnia i 7 osób pozostających nadal w leczeniu na październik.

Wykaz liczbowy tych 33 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	1	5	—	6
w kończyny górne	1	13	5	19
w kończyny dolne i tułów	1	5	2	8
w ciało gołe	3	16	5	24
przez ubranie	—	7	2	9
Liczby ogólne	3	23	7	33

We wszystkich 33 przypadkach zwierzętami kąsającemi były psy.

Kraków, dnia 4. października 1898.

O. Bujwid.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, 6 Października.

* Przed rozpoczęciem wczorajszego posiedzenia Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, poświęcił Prezes, Prof. Jakubowski, gorące wspomnienie zmarłej Cesarzowej Elżbiecie i wyraził najwyższe współczucie dla sprawiedliwego Monarchy, którego zbrodnicza ręka, pozbawiając towarzyszki życia, pogrążyła w ciężką żałobę.

Zgromadzeni, stojąc, wysłuchali tego rzewnego przemówienia.

Po przystąpieniu do porządku dziennego tego pierwszego po wakacyach posiedzenia, rozpoczął je Prezes oddaniem czci pamięci prof. Alfreda Obalińskiego. Uznając wielkie zasługi nieodżałowanego profesora dla zadań Towarzystwa, uczynił Prezes wniosek w imieniu Komitetu Tow., ażeby w porozumieniu z Wydziałem lekarskim Uniwer. Jagiell. uczcić pamięć ś. p. Obalińskiego trwałym pomnikiem. Przemówienia Prezesa, nacechowanego serdecznym żalem i wielką czcią dla zmarłego, zgromadzeni wysłuchali stojąc, a wniosek Komitetu uchwalili jednomyślnie.

Następnie Towarzystwo przyjęło do wiadomości wybór trzech członków do Komitetu polskiego na XIII międzynarodowy Kongres lekarski, mający się odbyć w Paryżu, w roku 1900. Powołani zostali: prof. Kostanecki, prof. Wicherkiewicz i dr. Kwaśnicki.

Następnie Prezes zdał sprawę z udziału Towarzystwa w przeprowadzeniu protestu lekarzy i przyrodników polskich, przeciw pruskiemu zakazowi, który udaremnił VIII Zjazd lekarski w Poznaniu.

Po załatwieniu wszystkich spraw administracyjnych nastąpił odczyt kol. prof. Marsa: »O ruchomości macicy«.

Po tym odczycie, przyjętym żywemi oznakami zadowolnienia, pożegnał Prezes opuszczającego Kraków Szanownego prelegenta, który, wśród wzruszenia, ciepłem przemówieniem pożegnał Towarzystwo.

Na ocenianie naukowej, nauczycielskiej i społecznej działalności kol. prof. Marsa, sądzimy, że jeszcze nie czas: dziś, gdy w sile wieku i energii zdobywa sobie rozległy warsztat do pracy, przed nim jeszcze całe żniwo. Przez usta Prezesa Towarzystwo wyraziło tylko utyskiwanie, że z grona jego ubywa jeden z najzasłużeńszych członków, tak poważny udział biorący we wszystkich jego dążeniach, że opuszcza nas człowiek charakteru nieskazitelnego i wielkiego serca kolega. Do słów Prezesa dołączamy od siebie głęboką wdzięczność od Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, którą kol. Mars, wieloletni jej członek, wspierał tak radą, jak i szeregiem prac oryginalnych. Ufni jesteśmy, że człowiek tak wypróbowany, tak wierny zasadom, tak zawsze ochoczy do popierania spraw, dobro ogółu mających na oku, nie przestanie i z nowej swej siedziby zaszczycać naszego pisma współpracownictwem i życzliwością.

Życzymy z całego serca odjeżdżającemu koledze, ażeby osobę jego otoczyła we Lwowie taka sama cześć i miłość, jakiej zażywał tak zasłużenie między kolegami i wśród społeczeństwa krakowskiego.

* Wydział krajowy uchwalił przedłożyć Wys. Sejmowi projekt, zmierzający do ustanowienia posady drugiego sekundaryusza na oddziale psychiatrycznym szpitala św. Łazarza w Krakowie. O ile nam wiadomo, do otrzymania tej posady przywiązany będzie warunek zdeklarowania się kandydata, że ma zamiar stale poświęcić się nauce o chorobach umysłowych.

* Krakowska Komisya sanitarna postanowiła w zasadzie wprowadzić w szkołach miejskich instytucyę lekarzy szkolnych. Wypracowania planu podjął się prof. dr. Poniklo. Wprowadzenie w życie tego zbawiennego zamiaru ma nastąpić nie od razu, lecz stopniowo, drogą próby.

* Nakładem krakowskiego »Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich« wyszła książka Dra Piska pod tyt.: »Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych«. Dzieło to zostanie rozesłane, jako bezpłatne premium za rok 1898 tym członkom Wydawnictwa i tym prenumeratorom, którzy nadesłali prenumeratę za rok 1898. Cena księgarska wynosi 3 złr.

Tak dzieło Dra Piska, jak i podręcznik Prof. W. Jaworskiego, o wyjściu którego donieśliśmy w Nrze 38 »Przegl. lek.«, dedykowane zostały przez autorów Prezesowi »Wydawnictwa dzieł lek. polskich«, prof. Edwardowi Korczyńskiemu, ku uczczeniu jego 25-lecia działalności klinicznej.

* Minister wyznań i oświaty zatwierdził uchwałę grona profesorów, nadającą Dr. Ludwikowi Switalskiemu prawo docentury do wykładów z dziedziny położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

— Biblioteka Tow. lek. krak. otrzymała za pośrednictwem Prezydyum Tow.:

1) Od JW. Radcy dworu Prof. Dra Korczyńskiego:

»Zbiór prac z kliniki lekarskiej w Krakowie«. Zeszyty 19 i 20.

2) Od Dra Noiszewskiego pracę jego pod tyt.:

»Bezład wzrokowy i jednooczne wielowidzenie«.

Łaskawym ofiarodawcom składam niniejszem uprzejme podziękowanie.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

— Na wzór strejku w Barmen i z tych samych powodów (wyzysk lekarzy przez socyalistyczny zarząd Kasy chorych), wybuchł świeżo strejk lekarzy Kasy w Remscheid w Niemczech. Zdaje się, że i ten strejk skończy się zwycięstwem pokrzywdzonych lekarzy, jak to się już stało w Barmen i w innej podobnej sprawie w Szwajcaryi. Przykłady te, które z pewnością — przynajmniej w Niemczech — coraz więcej mnożyć się będą, świadczą, że solidarność koleżeństwa dobre przynosi owoce. A w tych razach potrzebna ona podobno nietylko Niemcom...

— Prof. wydziału prawniczego w Berlinie, Baron, zapisał w testamencie pół miliona marek na wegetaryański zakład dla sierót, wykluczając lekarzy z zarządu! Rada miejska berlińska podobno nie przyjmie nierozsądnego zapisu.

Omyłka druku, na str. 479 »Przegl. lekar.« wiersz 10 od dołu, zamiast »zimnica złośliwa« — ma być »zabójcza«.

Nekrologia. W Warszawie zmarł w 80 roku życia Dr. Babiański Julian, Radca stanu, kawaler orderów. Dr. Jan Crocq, prof. anatomii patologicznej, zmarł w Brukseli. W Petersburgu zmarł zasłużony profesor ginekologii, K. Sławiański.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Pamiętniku Towarz. Lekar. warszawskiego* (Zeszyt III): Dra Kowalskiego E.: Badania nad zachowaniem się ciepłoty i krążenia krwi w narządach jamy brzusznej pod wpływem okładów. Dra Luxenburga: Badania nad morfologią komórki nerwowej w stanie normalnym, oraz wzmożonej ich czynności. Dra Biernackiego E.: Spostrzeżenia nad glikolizą (utlenianiem cukru przez krew), warunkami jej istnienia i zachowaniem w stanach patologicznych. Dra Sunderlanda: 220 przypadków zwężenia i częściowego lub całkowitego zarośnięcia pochwy, pochodzenia porodowego (dok.). W *Medycynie* (Nr. 40): Dra Kleina S.: Somatoza żelazista, oraz kilka uwag o tak zwanej »Anaemia infantum pseudoleukaemica«. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 40): Dra Jakowskiego: Przyczynek do nauki o zakrzepach żylnych pochodzenia zakaźnego. Dra Kalicińskiego L.: Szesnaście przypadków wilgotnych krepitacyi przy obecności płynu w jamach opłucnej (dokończenie).

Redakcya otrzymała:

— Prof. Kuflewski (Chicago): Fracture of Femur and Its Treatment. (Odbitka). Chicago, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków 15. Października 1898. Nr. 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Krótki pogląd na dzisiejszy stan bakteryologii chorób spojówki i rogówki*)

podał

Dr. Kazimierz Jarnatowski (Wrocław).

Rozwój bakteryologii ogromne w medycynie spowodował postępy. Ciemności panujące nad wielu stanami chorobowymi ustroju ludzkiego rozpraszają się powoli dzięki odkryciom, odsłaniającym nam przyczyny tych chorób; nic dziw więc, że i sposób leczenia odpowiedniejszy lepsze osiągnął wyniki, jak pierwej. Oko stojące w bezpośredniej styczności z światem zewnętrznym podlega naturalnie i szkodliwym jego wpływom, i stąd też z wszystkich chorób ocznych najczęstsze są choroby spojówki i rogówki. Podczas gdy do roku 1879 prawie wcale nie znano prawdziwych przyczyn tych zapaleń i przypisywano je wpływom metereologicznym lub klimatycznym i tylko klinicznie umiano rozróżnić jedne od drugich, to dzisiaj znamy w większej części zarazki, będące przyczyną tych zapaleń, również jak ich właściwości biologiczne i rolę w patogenezie; i dlatego doskonalsze ocenienie i znajomość choroby i jej skutków, jako też i odpowiedniejsze leczenie jest możliwsze. Od przedostatniego zestawienia zdobyczy naukowych na tem polu podanego przez Lebera i Sattlera w roku 1888 na 7-mym międzynarodowym Zjeździe okulistów w Heidelbergu, do roku 1897, w którym Uhthoff na XI. międzynarodowym Zjeździe lekarskim w Moskwie podał ostatnie wyniki badań bakteryologicznych, nauka bardzo wielkie zrobiła postępy. Nawet w tak krótkim czasie od r. 1897 do dzisiaj można już stwierdzić nowe licznych badań zdobycze.

Zapalenie spojówki. Jako zarazki będące przyczyną zapalenia spojówki, można z pewnością uważać dzisiaj następujące drobnoustroje: 1) Dwoinki rzeżączkowe Neissera *(Gonococcus)*, 2) Prątek Koch-Weeka, 3) Dwoinki Fraenkel-Weichselbauma *(Pneumococcus)*, 4) Paciorkowiec *(Streptococcus pyogenes)*, 5) Podwójny prątek Morax-Axenfelda *(Diplobacillus)*, 6) Gronkowce *(Staphylococcus)*, 7) Wrzekome dwoinki rzeżączkowe, (Pseudogonokokki) zarazki ostrych nieżytów postaci jaglicowej, *(Conj. follicularis)* (sprawa zarazków jaglicy *(trachoma)*, 8) Prątek błoniczy Klebs-Loefflera, 9) Prątek okrężnicowy *(Bacterium coli commune)*. Oprócz wymienionych znaleziono w spojówce wiele innych, jak *Mikrococcus minutissimus* (Bach), potem przez Gromakowskiego opisany prątek, barwiący się sposobem Grama i odmianę *Bacterium coli* opisaną przez Taylora i Axenfelda. Chciałbym już na tem miejscu zwrócić uwagę na ten ostatni drobnoustrój, który daleko większą w patogenezie chorób spojówki zdaje się grać rolę, niż tę, jaką mu dotychczas przypisywano. Zarówno Groenouw, jak i ja, mieliśmy sposobność stwierdzić *bacterium coli* w zapaleniach spojówki i narządu łzowego. Hodowle składały się w tych przypadkach li tylko z tych zarazków (o czem później).

Prątki gruźlicze trądu, twardzieli, grzybki promienicze, pleśniawki, *leptotrix buccalis* nie grają roli przyczynowej w ścisłem słowa znaczeniu. Co się tyczy owych dwóch przypadków, podanych przez Tersona i Gabrielidesa[132]), spowodowanych przez prątki ozaeny (podobne zresztą bardzo do prątków Friedlaendera *(pneumobacillus)*, to nie jest to stanowczo stwierdzonem. Przechodzę do poszczególnych znanych nam dokładniej drobnoustrojów.

Dwoinki rzeżączkowe Neissera. Drobnoustroje te zostały odkryte przez Neissera w r. 1879 i rola ich w patogenezie dokładnie przez niego zbadaną. Wywołują one ciężkie, dla swych powikłań rogówkowych niebezpieczne, bezwarunkowo zaraźliwe zapalenia spojówki u noworodków, rzadziej u dorosłych. Powstaje wówczas znamienny obraz, którego nie będę opisywał, gdyż jest dostatecznie znanym. Chciałbym tylko nadmienić, że oprócz tych ciężkich zapaleń wywołują dwoinki Neissera, widocznie wskutek zmniejszonej swej żywotności, także lekkie nieżyty spojówki, mijające względnie prędko i bez komplikacyi rogówkowych oraz ostre zapalenia z charakterem nieco jaglicowym i obfitemi wydzielinami *(Conj. follicularis)*. Zdarzają się także i błoniaste zapalenia *(Conj. pseudomembranacea)*, które przybierają charakter błonicowaty, jak w pierwszym okresie błonicy. Następuje to albo wskutek leczenia (Chassaignac albo też wskutek przejścia tego zapalenia, wywołanego przez dwoinki Neissera, w zapalenie błonicze, wywołane prątkami Klebs-Loefflera, co opisali Jacobsen, Legros, Rava, Streatfield, Wecker, Gelpke, Gorecki, Lor, i Coppez. Lecz i bez dołączenia się prątków Loefflera obraz ten powstać może przez sam wpływ ostrych jadów, wytworzonych przez dwoinki rzeżączkowe. Więcej zastanawiano się nad tem, w jaki sposób zarażenie jest możliwe; szło mianowicie o to, czy zapalenie powstaje tylko przez bezpośrednie dostanie się zarazków do rogówki, czy też możliwe jest na drodze wewnętrznej, przerzutowej. W pierwszych czasach rozwoju nowoczesnej oftalmologii panowało ogólnie zapatrywanie, które Arlt i Mackenzie wypowiedzieli, i które pierwotnie także von Graefe podzielał, że tylko bezpośrednie dostanie się tych zarazków do spojówki, wywołuje to zapalenie. Lecz już Graefe sam i liczni inni autorowie przyznali później, że zapalenie spojówki powstać może pośrednio przez

*) Odczyt ten był przeznaczony na niedoszły VIII Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

zakażenie całego ustroju dwoinkami (gonokokkami). Przemawia za tem obraz kliniczny powstający w tych przypadkach. Zapalenie spojówki jest obustronne, często powracające, równoczesne zajęcie stawów, prędki i lekki przebieg. Wszystkie te objawy rzadziej się zdarzają w zarażeniu bezpośredniem. Jeszcze przed odkryciem dwoinek (gonokoków) liczni autorowie zwrócili na to uwagę, jak von Staltenhoff Brander 1854, Berg 1860, Cutterier 1861, Maurac 1883, i zwłaszcza Fournier, który opisuje tak zw. *„ophtalmie rhumatismale“* (Conjunctivitis, Iritis) na podstawie rzeżączki. W nowszych czasach potwierdzają te zapatrywania Staab, Rückert, Loeb, Morax, Parinaud, Peters i Gieber. Powodem tego wewnętrznego *(endogen)* powstania zapalenia spojówki jest zawsze rzeżączka cewki moczowej, przeważnie u mężczyzn, (gdyż u kobiet cewka moczowa rzadziej bywa zajętą) Zeissl, która wywołuje także rzeżączkowe zapalenie stawów. Niezawsze udawało się znaleść dwoinki w tych stawach; w takich razach powstanie tych zmian chorobowych przypisać trzeba jadom, przez nie wytworzonym. Z drugiej strony opisano przypadki, w których wskutek zapalenia spojówki nastąpiło ogólne zakażenie ustroju, objawiające się wybuchem zapalenia stawów bez rzeżączki cewki moczowej. Deutschmann stwierdził to w dwóch przypadkach u noworodków, u których dowiódł istnienia dwoinek Neissera w ropie stawowej. U dzieci spostrzegali to samo Débierre, Clement, Lucas, Fendik, Zatvornicki, Widmark, Lindemann, Wicherkiewicz; u dorosłych tylko Poncet, Gałęzowski, Weiss i Klingelhoefer. Najlepszym dowodem bezpośredniej styczności tych obu objawów choroby jest znalezienie dwoinek tu i tam.

Nadmienić wypada, że w ostatnim czasie liczni autorowie, jak Koch, Staderini, Michel, Koucharski, Wilbrand, Saenger, Staelin zwrócili uwagę na inne dwoinki podobne do Neisserowskich t. zw. wrzekome dwoinki rzeżączkowe *(pseudogonococcus)*, które również mają wywoływać ostre zapalenie spojówki, (jak to później przy jaglicy nadmienię) czasem z charakterem jaglicowym *(Conj. follicularis)*, lecz tem się różnią od dwoinek Neissera, że nie barwią sie sposobem Grama. Dlatego w poszukiwaniach dwoinek Neissera tylko preparat drobnowidowy, barwiony sposobem Grama, mógłby uchronić od omyłek.

Na tem miejscu niechaj mi będzie wolno nadmienić że przy śluzotoku noworodków *(blenorrhoea neonatorum)* znajdowano nie tylko dwoinki Neissera. Przeciwnie czasami wcale ich nie było, natomiast przeważały inne drobnoustroje, jak paciorkowce, dwoinki Fraenkel-Weichselbauma *bacterium coli* i gronkowce i to przeważnie gronkowce złociste. Groenouw, który w ostatnich swych bakteryologicznych badaniach nad ową chorobą znalazł zarazki, powyżej wymienione, zwraca przedewszystkiem uwagę na gronkowca złocistego, którego li tylko w jednym przypadku znalazł w takiej obfitości, że był zmuszonym uważać go za przyczynę zapalenia. Gasparrini i Gifford znaleźli *pneumokokki*. Nadzwyczaj zajmującą jest praca Mengego i Kroeniga z Lipska; badacze ci zadawszy sobie pytanie, które drobnoustroje w poporodowych zapaleniach przewodów płciowych kobiety, grają rolę w zarażeniu spojówki noworodków, doszli również do wniosku, że przyczyną owych zapaleń są paciorkowce, dwoinki rzeżączkowe i *bacterium coli*. Pneumokokków nie znaleźli, lecz stwierdzono niezbicie, że wywołują one gorączkę połogową, więc znajdować się muszą w przewodach płciowych. W pewnych przypadkach, w których dzieci już przy urodzeniu miały śluzotok i wrzody rogówki, powiodło im się stwierdzić, że błony płodowe pękły i wody płodowe odpłynęły na kilka dni przed porodem i że tym sposobem mogły się dostać bakterye do płodu.

Prątek Koch-Weeka. Prątek ten, podobny do prątka wywołującego zarazę myszy, wykrył Robert Koch r. 1883 podczas swego pobytu w Egipcie w lekkich przypadkach t. zw. egipskiego zapalenia oczu i uważały go za przyczynę tej choroby. Gra on atoli zupełnie inną rolę w patogenezie chorób spojówki. Oto Week w Nowym Yorku nie znając badań Kocha znalazł go w r. 1886 w epidemii ostrego zapalenia spojówki (t. zw. *acute contagious Conjunctivitis*) z bardzo znamiennemi przypadłościami, różniącemi się atoli znacznie od jagliczych zmian spojówki; od tego czasu wyniki spostrzeżeń Weeka potwierdzone zostały przez innych, jako to 1887 przez Kartulisa w Egipcie, 1894 roku Moraxa w Francyi, który miał sposobność zbadać rzecz bardzo dokładnie w zakładzie Pasteura, Julesa, Wilbranda, Saenger-Staelina podczas wielkiej epidemii w Hamburgu, przez Gasparrinego, Panasa, Coppeza i 1897 przez Greefta w Berlinie w Charité u dzieci, które z rozpoznaniem śluzotoku *(blenorrhoea)* przysłane zostały do szpitala. Obraz choroby, ukazującej się zwykle w wieku młodym do 20-go roku, rzadko w starszym, i występującej obustronnie, jest następujący: W dwa lub trzy dni po dostaniu się zarazków do spojówki nabrzmiewają powieki, następuje zapalenie ostre, mocne zaognienie i zaczerwienienie się spojówki, która zaczyna wydzielać bardzo obfity wysięk śluzowy, mogący później przejść, — co nie zawsze następuje, — w ropny, tak, że ma się przed sobą obraz typowego śluzotoku *(blenorrhoea)*. Dolegliwości polegają na łzawieniu, paleniu w oczach i nazbyt wielkiej czułości na promienie światła, są więc miejscowe, tak że stan ogólny chorego nie podlega żadnym chorobliwym zmianom. Po jednym lub dwóch tygodniach następuje wygojenie, nawet bez leczenia. Rogówka zwykle nie bywa zajętą. Morax raz tylko znalazł naciek ropiasty na spodzie przedniej komórki *(Hypopyon)*, również rzadko tworzą się u dzieci pryszczyki w spojówce *(phlyctaenae)*. Podczas, gdy lekkie formy zapalenia względnie mało sprawiają dolegliwości, mogą cięższe oprócz wyżej wymienionych przypadłości wywołać zastraszające zmiany, jak nabrzmienie spojówki gałkowej, utworzenie się błon (Coppez), które łatwo dadzą się usunąć, bardzo obfitą wydzielinę ropiastą, wielkie boleści w oczach, nabrzmienie i bolesność przedusznych gruczołów.

Zmiany patologiczne w spojówce, które Week i Morax stwierdzić zdołali w wyciętym kawałeczku własnej spojówki, są następujące: mocne rozszerzenie naczyń krwionośnych, silne nacieczenie ciałkami białemi krwi w powierzchownych i głębszych pokładach błony. Naczynia chłonne również były rozszerzone i napchane białemi ciałkami krwi. Prątki dały się wykazać, lecz bardzo rzadko, w pokładach powierzchownych, nigdy zaś w głębszych.

Prątek sam w hodowli nie porusza się, przyjmuje wszystkie barwniki anilinowe, lecz nie barwi się sposobem

Grama. Leżą te prątki zwykle razem, same dla siebie, lub tworzą łańcuchy. Hodowanie tego zarazka jest nadzwyczaj trudne i stąd pochodzi, że nie udało się ani Kochowi ani Weekowi uzyskać czystej jego hodowli. Powiodło się wprawdzie roli patogenetycznej prątka dowieść o tyle, że wtarłszy mieszaninę z tych prątków i prątków zeskórnienia (xerozy) (od nich właśnie nie zdołali Koch i Week prątków swoich oddzielić), które same przez się nie wywołują zapalenia, wywołano ostre zapalenie spojówki. To było dowodem, że właśnie ten prątek gra ważną przyczynową rolę w tych zapaleniach. Dopiero w r. 1889 powiodło się im osiągnąć zupełnie czystą hodowlę tych drobnoustrojów. Na zjeździe internistów w roku 1890 zdawał sprawę Week już ze 100 takich przypadków. Kartulisowi powiodły się hodowle na agarze i surowicy krwi. Drobnoustrój ten rośnie bardzo miernie i tworzy kolonie ledwie dostrzegalne. Najlepszą pożywką jest 0,5% agar, na którego powierzchni znajduje się trochę surowicy, dolanej przed stwardnięciem agaru (Morax). Inne pożywki, jak żelatyna, ziemniaki, mleko lub nawet łzy (Morax) są mniej lub wcale nieodpowiednie. W hodowlach prątek Kock-Weeka traci prędko swą żywotność. Szczepienie na zwierzęta nie wydaje żadnego wyniku, przeciwnie zaś u ludzi. Week i Morax u siebie samych wywołali przez zaszczepienie to charakterystyczne zapalenie.

Często znachodzono owe prątki obok dwoinek podobnych do dwoinek rzeżączkowych Neissera. W przypadkach tych obraz choroby nie był jakby samymi prątkami spowodowany, czysto nieżytowy, lecz przedstawiał obfite utworzenie się ciałek jaglicowych (*Conj. follicularis*) i czasami był nawet podobnym do samej jaglicy. W rozpoznaniu różniczkowem wchodzą w grę tylko zapalenie spowodowane pneumokokkami, które atoli po większej części jest jednostronne, lub śluzotok, w którym zwykle wydzielina jest obfitszą.

Rokowanie jest samo przez się dobre. Choroba atoli może się znacznie przedłużyć, jeżeli rozpoznając mylnie egipskie zapalenie ócz użyto kamienia piekielnego lub siarczanu miedzi, co wręcz tak szkodzi całemu przebiegowi, że zastraszająco wyglądające zmiany spojówki nastąpić mogą. Jedynem leczeniem są okłady zimne przeciwgnilne i wymywanie, również można później używać roztworów cynku lub azotanu srebra.

Zapalenie to jest bezwarunkowo zaraźliwe, i dlatego dzieci chore na nie, powinny być usunięte ze szkoły.

Dwoinki Fraenkel-Weichselbauma (Pneumokokki). Drobnoustroje te znajdują się wprawdzie, choć bardzo rzadko, w spojówce zupełnie zdrowej, jak tego dowiedli Gasparrini, Uhthoff i Axenfeld. Rozmnożywszy się lub dostawszy się bezpośrednio w stanie zupełnej swej żywotności do spojówki sprawiają zapalenie i mogą wywołać całe epidemie. Pierwszymi, którzy zarazki te w nagminnych ostrych zapaleniach spojówki znaleźli i przez ich zaszczepienie na zdrowe spojówki zapalenie wywołali, byli Parinaud i Morax w Paryżu w roku 1894. Opisy przypadłości tego zapalenia zgadzają się u obu autorów zupełnie z sobą. Od tego czasu urosła znacznie literatura, tycząca się tej choroby. Z wszystkich prawie stron świata nadeszły wzmianki i opisy tego zapalenia. Bardelli, Haushalter et Viller, Cuenod, Pichler, Coppez, Gifford, Gasparrini, Uhthoff, Axenfeld zajmowali się tem cierpieniem; zwłaszcza ostatni uzupełnił obraz tego zapalenia, czerpiąc swe doświadczenia z epidemii wybuchłej w szkołach w Marburgu w r. 1896.

Przypadłościami tego zapalenia są: lekki obrzęk wodnisty sinawo ubarwionych powiek, rozległe lekkie nabrzmienie spojówki powiekowej, podczas gdy spojówka gałkowa mniej jest zajęta; zaczerwienienie i przekrwienie spojówki, wśród której tu i owdzie widać ciemno-czerwone ograniczone plamki, powstałe z pęknięcia naczyń i wylania się krwi w okoliczną tkankę. Ogólne oznaki zapalenia są względnie małe, nieliczne wydzieliny po większej części śluzowe, w których pływają strzępy ropne, będące właściwą siedzibą zarazków. Znacznie rzadziej to zapalenie spojówki przybiera inną postać. Coppez podzielił je na nieżytowe, pryszczykowe (*phlyctaenulosa)*, jaglicowe *(follicularis)*, i błoniaste *(pseudomembranacea)*. Co się tyczy jaglicowego charakteru zapalenia, to powołuje się on na opis Axenfelda, który na sobie samym wywołał ten obraz choroby przez przeszczepienie, lecz polega to na omyłce. Powodem zapalenia były inne zarazki, bliżej nie określone, znalezione podczas nagminnego zapalenia jaglicowego *(follicularis)*. Pryszczykowe zapalenie powstać może zwłaszcza u złzowatych dzieci (Axenfeld. Utworzenie się błon *(Conjunctivitis pseudomembranacea)* opisali Morax, Axenfeld, Coppez, Pichler. Zapalenie w tych przypadkach jest znacznie silniejsze, nabrzmienie powiek i spojówki większe, wydzieliny mogą być więcej ropiaste i tak obfite, że możnaby myśleć na pierwszy rzut oka o śluzotoku rzeżączkowym *(C. blenorrhoica)*. Bardzo rzadko wreszcie bywa także zajęta rogówka (Coppez, Pichler, Gasparrini. Te ostatnie postacie zapalenia są rzadkie, podczas gdy pierwej opisane objawy są dość stałe, tak, że można poniekąd już na pierwszy rzut oka stwierdzić etyologię zapalenia; mówię poniekąd, gdyż obraz choroby nie zawsze jest typowy. Naturalnie rozpoznanie rozstrzyga stanowczo preparat mikroskopowy i hodowla.

Zapalenie to występuje w większej części jednostronnie, rzadko obustronnie (Axenfeld), i zwykle w tych porach roku, w których częste zmiany ciepłoty usposabiają do nieżytów narządu oddechowego. Rzadko podlegają chorobie tej dorośli n. p. w epidemii w Sarasdorf w dolnej Austryi opisanej przez Adlera i Weichselbauma na 75 przypadków jeden tylko dotyczył dorosłego, 74 przypadki dzieci. Wszyscy autorowie stwierdzają, że przeważnie dzieci posiadają widoczną skłonność do tej choroby.

Przebieg zapalenia jest lekki i dosyć prędko następuje wyleczenie; rzadko zaś bywa zapalenie uporczywem. Często spotkać można równocześnie zapalenia błon śluzowych narządu oddechowego i to odpowiedniej strony. Coppez spostrzegał raz nawet równoczesne zapalenie płuc. Nie mam zamiaru opisywać właściwości swoistego drobnoustroju, chciałbym tylko dla ułatwienia rozpoznania z preparatu drobnowidowego nadmienić, że zarazek ten posiada otoczkę, która zwykle, lecz niestety nie zawsze, świetnie się uwydatnia w preparacie zrobionym w wodzie. Zaraźliwości pneumokokków zaprzeczyć nie można, gdyż przemawiają za tem tu i owdzie powstałe epidemie; Axenfeld opisał wybuchłą w Marburgu, Gifford w Ohama, Adler i Weichselbaum w Sarasdorf w dolnej Austryi. Lecz zaraźliwość ta nie jest bezwarunkowa. Stąd pochodzi, że często, zwła-

szcza w licznym materyale poliklinik wielkich miast, można spotkać odosobnione przypadki tego zapalenia. Niewątpliwie gra tutaj jakąś rolę usposobienie osobnicze.

Leczenie ogranicza się do zwykłego leczenia zapaleń spojówki. Zamknięcie szkół przy wybuchu epidemii z powyżej wymienionych powodów jest zwykle zbyteczne, w rzadkich tylko przypadkach bardzo ostrych epidemii konieczne. Wystarcza zupełnie usunięcie dzieci chorych ze szkoły.

Paciorkowce *(Streptococcus pyogenes)*. Drobnoustroje te, znajdujące się poniekąd na zdrowej spojówce, lecz nie zawsze (Gasparrini, Villeneuve Uhthoff znaleźli je, Gombert, Martew, Frisch, Morax, niewywołują dwa rodzaje zapaleń spojówki; jedno mające wejrzenie nieżytu, drugie, zapaleń błoniastych *(pseudomembranacea)* lub błoniczych *(diphteritica)*. Tak zwaną postać nieżytową opisał pierwszy Parinaud pod nazwą *Conjonctivite lacrymale à streptocoques*. Cierpienie to było jednostronne, połączone z chorobowemi zmianami narządu łzowego i zdaje się, że zapalenie spojówki powstaje w tych przypadkach dopiero przez wtargnięcie zarazków z narządu łzowego do spojówki. Wydzieliny są nieobfite, za to cała sprawa chętnie rozszerza się na głębsze błony oczne, gdyż spostrzegano zwykle zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego w formie *Iritis serosa*. Ponieważ powiodło się Moraxowi dowieść, że płyn przedniej komory jest wolny od zarazków, grają tutaj widocznie ważną rolę jady, wytworzone przez owe drobnoustroje. Spojówka jest nabrzmiałą i zaczerwienioną, powieki lekko zgrubiałe, gruczoły przeduszne obrzękłe i bolesne. Choroba ta jest rzadką, lecz, czemu pierwotnie przeczono, istnieje, gdyż spostrzeżenia Parinauda potwierdzili inni autorowie (Gasparrini, Gałęzowski, Morax, Valude Bardelli. Oprócz nieżytu wywołują paciorkowce zapalenie błoniaste *(pseudomembranacea)* bardzo ciężkie, kończące się zwykle utratą wzroku przez zajęcie rogówki i późniejsze zropienie całej gałki ocznej. Uhthoff spostrzegał kilka takich przypadków zapalenia błonicowatego, wywołanego przez paciorkowce; raz w przypadku błonicy u 3-letniego dziecka z zejściem śmiertelnem. Zwykle cała gałka zropieje, spojówka podpadnie nekrozie, gruczoły przeduszne również zropieją (Meyer Franke. Coppez zebrał 13 odpowiednich przypadków z całej literatury. W literaturze spotkać się można z opisami przypadków zapalenia spojówki, powstałych przez zakażenie całego organizmu paciorkowcami, objawiających się nabrzmieniem powiek, lżejszem zapaleniem spojówki i mierną wydzieliną. (Leber Wagenmann Axenfeld. W spojówce po większej części zupełnie obumarłej, można było stwierdzić paciorkowce w naczyniach krwionośnych. Przypadki takie tyczyły się dotychczas tylko dzieci i kończyły się ich śmiercią. W leczeniu spróbowano zastosować surowicę przeciwpaciorkowcową Marmorka, lecz z skutkiem niepewnym.

Prątek podwójny *(diplobacillus)* Morax-Axenfeld. Prątki te zostały odkryte w roku 1896 przez Moraxa w Paryżu w instytucie Pasteura i Axenfelda w Marburgu prawie równocześnie. Także i Peters w Bonn spostrzegał je w niektórych postaciach nieżytu spojówki, v. Biard znalazł je na błonie śluzowej nosa. Jestto nieżyt podostry, można powiedzieć prawie przewlekły. Obraz choroby jest następujący: przekrwienie spojówki powiek niskiego stopnia i jej nabrzmienie, podczas gdy spojówka gałkowa zwykle nie bierze udziału w zapaleniu; wydzieliny skąpe, dolegliwości nie wielkie. Dopiero po pewnym czasie zbierają się w kątach powiek, zwłaszcza w wewnętrznym, strzępy ropiaste, będące siedzibą owych prątków. Później dołącza się zapalenie brzegu powiek i sąsiadujących z nim części skóry powiek *(Dermatitis)*, zwłaszcza w kątach oka, i to przeważnie w wewnętrznym, co czasami umożliwia bezzwłoczne rozpoznanie bez uciekania się do badania drobnowidowego. Tę postać zapalenia możnaby nazwać *blepharoconjunctivitis* lub *blepharitis angularis*. Rogówka zwykle nie bywa zajętą; wprawdzie Peters i Morax opisali dwa przypadki wrzodu rogówki, z którego się udało wyhodować prątek Morax-Axenfelda, lecz są to jedyne wzmianki w literaturze. Axenfeld opisał również powstanie pryszczyków w postaci zapalenia wypryskowatego *(Conj. eczematosa)*, lecz i to jest bardzo rzadkiem zjawiskiem.

Prątki te 2 lub 1 μ. długie, nie poruszające się, leżą po dwa lub w łańcuchach, nie posiadają otoczki i nie barwią się sposobem Grama. Znaleść je można łatwo, zwłaszcza w wspomnianych strzępach wydzieliny, i to całe kolonie składające się wyłącznie z charakterystycznych prątków. Oprócz tych znamiennych postaci znajdują się często, zawsze prawie w zastarzałych zapaleniach postacie zwyrodniałe (inwolucyjne), czy to więcej zaokrąglone, czy też na jednym końcu zgrubiałe pałeczkowato itd., tak że na pierwszy rzut oka mylnie sądzićby można, iż się ma przed sobą inne dronoustroje. Rosną one tylko przy 35 lub 37 stopniach na surowicy krwi, agarze, a w ogóle tylko na tych pożywkach, do których domieszane są soki ludzkie (ciecz surowicza z opuchliny itd.). Na surowicy krwi tworzą one przez trawienie wklęśnięcia, na których spodzie kolonie się rozwijają, skąd bardzo charakterystyczne wejrzenie. Na surowicy krwi zmięszanej z agarem nie tworzą one wklęśnięć, lecz na powierzchni leżące, małe, przejrzyste krople, trudno dostrzegalne i mało się różniące od hodowli pneumokoków. Bulion staje się mętnym a po jakimś czasie tworzy się osad. Na pożywkach zwierzęcych rosną bardzo skąpo i prędko następuje zwyrodnienie.

U zwierząt nie wywołują te prątki podwójne żadnych zmian chorobowych, za to człowiek posiada potrzebne do ich rozwoju warunki. U człowieka wywołać można przez zaszczepienie typowe zapalenia z powyżej opisanemi przypadłościami po 4-dniowym okresie wylęgania. Zapalenie to jest więc bezwarunkowo zakaźne.

Przebieg choroby może być bez leczenia bardzo długi, lecz skraca go użycie $1^0/_0$ *Zinc. sulfuric.*, które zdaje się działać swoiście w przypadkach takich zapaleń. Peters poleca również pastę cynkowoichtyolową. Zazwyczaj zdarzają się tylko odosobnione przypadki. Czy zapalenie to może występować nagminnie, jest niestwierdzone, lecz możliwe.

Gronkowce *(Staphylococcus)*. Gatunków tego drobnoustroju jest dosyć wiele: *aureus*, *albus*, *citreus*, lecz pewną rolę w patogenezie zapaleń spojówki grają tylko *aureus* i *albus*. Jednakowoż nie udało się dowieść, że one właśnie wywołują zapalenie spojówki. Dowód ten dla tego jest tak trudnym, gdyż zarazki te, zwłaszcza gronkowiec biały, rzadziej złocisty, dość często się znajdują na spojówce zupełnie zdrowej, jak to stwierdzili Gasparrini, Fick, Marthen, Trousseau et Dubief, Hildebrandt,

Gayet, powtóre dlatego, że siedzibę swoją mają także na skórze w okolicy ócz i na brzegu powiek i łatwo się stąd do spojówki dostać mogą. Gdy zaś istnieje zapalenie spojówki, trudno wtedy rozstrzygnąć, czy one stały się powodem zapalenia, czy też dopiero do chorej spojówki się dostały, zwłaszcza, że w znacznej liczbie można tam je spotkać bez możności stwierdzenia jakiegokolwiek ich wpływu na przebieg zapalenia. Próbowano doświadczalnie przez wtarcie hodowli gronkowca złocistego w zdrową spojówkę wywołać jej zapalenie, lecz bez dodatnich rezultatów.

Gronkowca spotyka sie więc zawsze w chorej spojówce. I tak wykazano je w zwykłym nieżycie spojówki, potem w tak zwanym pryszczykowym *(Conj. eczemat.)* a niektórzy autorowie jak Duclaux et Boucheron, Burchardt, Bach, przypisują gronkowcom, zwłaszcza złocistemu, przyczynę choroby. Stanowczego atoli dowodu na to nie ma, zwłaszcza, że w większej części przypadków Axenfeld w swych najnowszych poszukiwaniach dowiódł, że jeżeli pryszczyk nie zropiał, wynik badań bakteryologicznych jest wprost ujemny. Również ani zaszczepienia gronkowców przez nakłócie, czy to u ludzi, czy u zwierząt (Burchardt, Gallenga, Bach, Gifford) ani wtarcie hodowli tego drobnoustroju nie wywołały zapalenia pryszczykowego. (Leber: VII. Zjazd oftalm. w Heidelbergu 1888 p. 358). Widocznie i w tej sprawie gronkowce grają rolę drugorzędną.

Najczęściej znajdowano gronkowce w trzeciej postaci zapalenia spojówki, t. zw. błoniastej *(pseudomembranacea)* (Valude, Guibert, Gasparrini, Terson père, Pichler, Gosetti, Lor, von der Staeten). Lecz i te przypadki nie dowodzą znaczenia przyczynowego owych zarazków. Groenouw znalazł w najnowszych swoich badaniach nad śluzotokiem noworodków *(blenorrhoea neonator.)*, kórych wynik na Zjeździe oftalmologicznym w Heidelbergu w sierpniu 1898 podać zamierza, w jednym przypadku jedynie tylko gronkowca złocistego i to w takiej liczbie, że uważa go za przyczynę śluzotoku. Niektórzy jak Barbier, Cuenod znaleźli te drobnoustroje w chorej spojówce przy żarnicach lub ospie i innych chorobach zakaźnych osutkowych i starają się zwrócić uwagę na to, że zapalenie to jest skutkiem zakażenia ustroju gronkowcami, a więc, że zapalenie to pochodzi ze źródeł wewnętrznych *(endogen)*. Lecz i tutaj wątpliwości są niemałe. Gronkowce grają więc w zapaleniach spojówki przeważnie rolę drugorzędną. Jedyny Coppez przypisuje im rolę przyczynową.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra A. Gluzińskiego we Lwowie.

Przypadek nadmiernego pocenia się, ograniczonego do górnej połowy ciała, z badaniem przemiany materyi.

Podług wykładu i demonstracyi w Towarzystwie lekarskiem we Lwowie, w d. 24-go Czerwca 1898 r.

Podał
Dr. Juliusz Marischler,
asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Przypadek ten wyzyskałem z polecenia Prof. Gluzińskiego w celu badania przemiany materyi, a do tego skłoniło nas przedewszystkiem chemiczne badanie zebranego potu. Chory ten pocił się tak obficie, że mogłem ściekający pot z kończyny górnej chwycić kroplami do podstawionego naczynia. Rozbiór potu z dnia 24-go kwietnia wykazał całkowitego azotu: 0.028% N i chloru 0.2958% Cl, coby odpowiadało około 0.5% Na Cl. W fizyologii Landoisa znalazłem podaną liczbę przeciętną 0.2% Na Cl w pocie, a więc przeszło dwa razy mniejszą, niż w naszym przypadku. Przy zwiększonem poceniu się wzrasta, według Funkego[20]), ilość soli w pocie. Ilość wydzielonego Cl, znaleziona w naszym przypadku, potwierdzałaby zdanie Funkego. Bądź co bądź można było sądzić, że strata chloru w pocie mogła by się odbić na ogólnym bilansie chloru w ustroju. Postanowiłem przeto poddać chorego obserwacyi, któraby pozwoliła porównać ilość spożytego chloru w pokarmach z ilością wydzielonego Cl kałem i moczem.

Badanie przemiany materyi przeprowadziłem w ten sposób, że podzieliłem cały czas trwania doświadczenia na dwa okresy: I okres trwający sześć dni, w którym chory znajdował się bez leczenia i okres II gdzie starałem się zmniejszyć widoczne wydzielanie potu, zapomocą atropiny (0.0015 *pro die Atrop. sulfur.*) Atropina usunęła wprawdzie widoczne wydzielanie potu, zadziałała jednak jednocześnie na przewód pokarmowy. Mianowicie chory, mając w okresie I. stolec zbity i w małej ilości, w okresie II. (podawania atropiny) oddawał kał płynny i obfity. Działanie to atropiny było dla nas nie pożądane, gdyż sprowadziło w wydzielaniu chorego zmiany, które mącić mogą jednolitość przebiegu. Czy zmiany w czynności jelit, o których mowa, nie były koniecznem następstwem naszego leczenia, tego rozstrzygać nie będziemy. Godzi się wszakże wyrazić dwa przypuszczenia, które wydają mi się nieco uzasadnione. Naprzód możnaby przypuścić, że ilość wody, której ujście przez skórę zostało zatamowane, wpłynęła na rozrzedzenie kału. Powtóre wpływ atropiny na nerwy jelitowe mógł pociągnąć za sobą przyspieszenie ruchów robaczkowych, przez zniesienie skurczu, wywołanego stanem czynnym nerwu spółczulnego. Dowodu jednak takiego stanu czynnego nerwu spółczulnego dać nie możemy.

Przez cały czas trwania doświadczenia podawałem choremu jednakową dyetę o następującym składzie: N. 16.22465, Cl. 5.033214, P. 2.33756, Ca. 1.613302. W pokarmach i wodzie sodowej otrzymywał chory dziennie 2220 ctm³ wody. Tablice ułożyłem w ten sposób, że mamy zestawienie części wprowadzonych pokarmami i wydalonych moczem i stolcem. Kolumna bilansu daje nam różnicę ich, a również zestawiłem bilans wprowadzonej i wydalonej wody. *(Patrz. tab. na n. str.)*

Z tablicy załączonej widzimy, że co do azotu, chory nasz zachowywał się przez cały czas trwania doświadczeń prawie w równowadze azotowej.

Pod względem chloru znajdował się chory przez cały pierwszy okres w bilansie dodatnim, t. j. zatrzymywał w tym okresie chlor. Nie będę wyliczał chorób, w których przychodzi do zatrzymania chloru w ustroju; musimy się jednak zastanowić, czy w naszym przypadku, wskutek nadmiernego pocenia się, mogło przyjść do zatrzymania chloru. Jak już wyżej wspomniałem, rozbiór chemiczny zebranego potu wykazał w nim 0.028% N i 0.2958% Cl. Możemy więc przypuścić, że zatrzymanie chloru i azotu u naszego chorego było tylko pozorne, gdyż obydwa te składniki wydzielał on

	Wprowadzono pokarmem					Wydalono: Moczem					Wydalono: Kałem					Bilans				
	N	Cl	P	Ca	H_2O	N	Cl	P	Ca	H_2O	N	Cl	P	Ca	H_2O	N	Cl	P	Ca	H_2O
4/5	16.22465	5.033214	2.33736	1.613302	2220	14.616	4.8564	2.905508	0.08388	900	2.305	ślad	1.1861	1.5729	120	−0.69635	+0.156814	−1.754048	−0.043478	+1200
5/5	„	„	„	„	„	15.479	4.65192	3.371004	0.1010919	910	„	„	„	„	„	−1.55935	+0.381294	−2.219744	−0.0606899	+1190
6/5	„	„	„	„	„	14.0553	4.8209	3.1312764	0.175764	970	„	„	„	„	„	−0.13575	+0.212314	−1.9800164	−0.135362	+1130
7/5	„	„	„	„	„	11.95425	4.686	2.936067	0.087507	825	„	„	„	„	„	+1.96540	+0.347214	−1.784807	−0.047105	+1275
8/5	„	„	„	„	„	14.5336	4.14498	3.44484	0.10878	840	„	„	„	„	„	−0.61396	+0.88823	−2.29358	−0.068378	+1260
9/5	„	„	„	„	„	11.6424	3.93624	2.6995815	0.0662739	770	„	„	„	„	„	+2.27725	+1.09674	−1.5483215	−0.0258719	+1330
10/5	16.22465	5.033214	2.33736	1.613302	2220	13.7004	4.5906825	3.100958	—	1165	7.673	0.2389	2.18595	2.198175	400	−5.14875	+0.2036315	−2.949548	—	+655
11/5	„	„	„	„	„	8.03035	4.305675	3.1172526	0.0490875	935	—	—	—	—	—	+0.5213	+0.488639	−2.9658426	−0.6339323	+885
12/5	„	„	„	„	„	6.10540	5.386947	1.5542604	0.039694	890	—	—	—	—	—	+2.44625	−0.592633	−1.4028504	−0.6245388	[illegible]
13/5	„	„	„	„	„	10.18710	3.33984	3.0141615	—	1470	—	—	—	—	—	−1.63545	+1.454474	−2.8627515	—	[illegible]
14/5	„	„	„	„	„	8.5932	2.95218	2.4492699	0.027918	990	—	—	—	—	—	−0.04155	+1.842134	−2.2978599	−0.6127628	[illegible]

w nadmiarze potem. Potwierdzenie takiego zachowania się mamy w bilansie wody. Jeżeli porównamy ilości zatrzymanej wody i chloru, to widzimy, że ilości te stoją do siebie w prostym stosunku. Im chory mniej wody wydzielał moczem i im więcej wody zużywał na wytworzenie potu, tem większa ilość chloru pozornie uległa zatrzymaniu. Podobne zachowanie się ustroju zdrowego, podczas pocenia się, znalazł Leube [21]) pod względem mocznika. Mianowicie, człowiek zdrowy, tracąc potem azot, wydziela mniej mocznika moczem. Przeciwnie zachowuje się chory z zapaleniem nerek (Noorden [22]), gdyż większe wydzielanie azotu potem nie wpływa na wydzielanie azotu moczem. W naszym przypadku, co do chloru mamy podobne zachowanie się; dla azotu jednak, podług otrzymanych liczb, z trudnością tylko moglibyśmy przyjąć podobny stosunek.

Bilans fosforu u naszego chorego był stale ujemny. Podług Zuelzera [23]) przy fosforze trzeba zwrócić uwagę nie tylko na bezwzględną ilość fosforu, lecz i na stosunek ilości wydzielanego fosforu do ilości wydzielanego azotu.

Znak ujemny w bilansie oznacza, że ilość wydzielanego fosforu do pobranego bezwzględnie była powiększoną. By przekonać się, czy i względna ilość fosforu znajduje się w stosunku nieprawidłowym, musimy porównać stosunek N : P w pokarmach ze stosunkiem N : P w wydzielinach. W podawanem choremu pożywieniu N : P. ma się jak 100:14, t. j. na 100 części N wypada 14 części P; ten sam stosunek w moczu N : P = 100 : 20, a stosunek azotu całego, t. j. wydzielonego moczem i kałem, do całego fosforu (t. j. również wydzielonego moczem i kałem), przedstawia się jak 100 : 25. W przypadku tym jest więc nie tylko bezwzględna, lecz i względna ilość wydzielanego fosforu, powiększoną. Względna ilość fosforu ulega powiększeniu, jeśli jakiś narząd, zawierający znaczne ilości fosforu, ulega rozkładowi. Takimi narządami są przedewszystkiem ośrodkowy narząd nerwowy i kościec. Przy wszystkich więc stanach depresyi nerwowej, przy guzach mózgowych, zapaleniu opon mózgowych, wiądzie rdzenia kręgowego, syringomyelii itd., możemy znaleźć powiększoną względną ilość fosforu. Już wyżej zaznaczyłem, że u naszego chorego można zauważyć pewnego rodzaju depresyę nerwową. Angielski autor Jones [24]) stwierdził, że i u prawidłowego człowieka przebiega wzmożone wydzielanie potu zazwyczaj wśród depresyi nerwowej. Nie można iść za daleko i rozpoznawać na podstawie rozbioru moczu choroby anatomicznej układu nerwowego; wyniki te jednak mogą nam dać wskazówkę, że narząd ten prawidłowo nie funkcyonuje.

Pozostaje jeszcze do omówienia wapno. I ten składnik zachowywał się u naszego chorego nieprawidłowo; chory w okresie pocenia się tracił w wydzielinach więcej, aniżeli przyjmował. Stosunek fosforu do wapna w wydzielinach 2,5 : 1 (prawidłowo 1 : 1) wskazuje, że fosfor w większej ilości ulegał wydzielaniu, aniżeliby to odpowiadało ilości wapna. Fosfor musiał się więc w tym przypadku wydzielać nadmiernie, nie tylko w połączeniu z wapnem, lecz i z alkaliami mianowicie potasem i sodem.

W okresie II, wśród podawania atropiny, zaszło bardzo niemiłe powikłanie ze strony przewodu pokarmowego. Nadmierne pocenie się zostało wprawdzie usunięte, wystąpiła jednak biegunka, wskutek czego wyniki nie występują tak przejrzyście. Największą różnicę widać w bilansie wody,

gdyż chory na przeziew niewyraźny (perspiratio insensibilis) i na utratę wody drogą płuc, zatrzymywał w tym okresie przeciętnie 700 grm. wody; w poprzednim zaś ta sama ilość wynosiła przeciętnie 1200 grm. Moglibyśmy ztąd wnioskować, że różnica między temi cyframi, t. j. 500 grm., stanowi ilość potu, który chory w pierwszym okresie wydzielał. Zmniejszenie ilości potu odbiło się zarówno na moczu jak i na kale, gdyż ilość wody, wydzielonej moczem, podniosła się o 100 grm. dziennie, ilość wody, wydzielonej w kale, o 300 grm.

Ilość chloru w II okresie uległa zmianie, chory wydzielał moczem i kałem więcej chloru, niż w okresie I. Przyczyny tego zwiększonego wydzielania należy nam szukać najprawdopodobniej w zaprzestaniu się pocenia. Zwróciliśmy poprzednio uwagę, że chlor równolegle z wodą zatrzymywany i wydzielany bywa. Wprawdzie w końcu II. okresu, dla przyczyn nieznanych, skład moczu, się zmienił; ale z wszelką słusznością, wobec istniejącej biegunki, możemy z temi liczbami się nie liczyć.

Ilość azotu nie uległa zmianie, pomimo zmniejszenia ilości potu; wprawdzie ilość azotu wydzielonego moczem o połowę się zmniejszyła, ale zato wskutek biegunki chory w kale wydzielał 7 grm. N, przez co bilans wykazał stratę azotu. W pierwszym okresie chory zatrzymywał dziennie 0.2 grm. N, w II okresie tracił 0,6 grm. N. Na pierwszy rzut oka wydawaćby się mogło, że i dla azotu moglibyśmy przyjąć podobny stosunek jak dla chloru, że przez zatrzymanie potu ilość azotu zatrzymanego w ustroju pomniejszy się, ponieważ chory, nie zużywając azotu na wydzielanie go potem, będzie go w większej ilości wydzielał moczem i kałem. Nie widzimy jednak przy azocie podobnie równoległego zachowania się do bilansu wody, jak przy chlorze, a także nie zapominajmy, że w naszym przypadku strata azotu potem jest tak drobna, że wpływu na bilans nie wywiera.

Na szczególną uwagę zasługuje fosfor, który wydzielany był obficiej w II okresie. Przyczyny tego szukać należy w biegunce, ponieważ, jak wiadomo, najznaczniejsza ilość wapna, (jako fosforan wapna), opuszcza ustrój przez jelita; i w rzeczy samej spotykamy też równocześnie w kale powiększenie ilości wydzielanego wapna. Wynik ten nie wpływa na to, co wyżej powiedzieliśmy o wydzielaniu fosforu i wapna w I okresie.

Zbierając wszystko, co powiedziano wyżej, przychodzimy do wniosku:

I. Przypadek ten jest nerwicą potową ośrodkową, odznaczającą się nieprawidłową czynnością ośrodków potowych i przebiegającą wśród depresyi nerwowej.

II. Zatrzymanie chloru w ustroju przy nadmiernem poceniu się, w naszym przypadku, jest tylko pozornem, nadmiar jego ulega wydzieleniu potem.

Literatura:

[1]) Luchsinger, [2]) Nawrocki, [3]) Adamkiewicz, [4]) Vulpian cyt. podług fizyolog Hermanna.
[5]) Landois Fizyologia.
[6]) Schweninger i Buzzi, Charité Annalen XV.
[7]) Piątkowski, Medycyna 1897.
[8]) Mundt, Dissertatio inaugural. Halle 1888.
[9]) Möbius, Berliner klin. Wochenschr. 1883 Nr. 15.
[10]) Dupuy cyt. podług fiz. Hermanna.
[11]) Vulpian i Raymond, Compt. rend. 89.
[12]) Schweninger i Buzzi, op. cit.
[13]) Friedländer, Centralbl. f. Nervenheilk. Nr. 13 i 14, 1886.
[14]) Piątkowski op. cit.
[15]) Riehl, Wiener med. Presse 1883 Nr. 34 i 35.
[16]) Seguin, Schmidts Jahrbücher 150.
[17]) Ebstein, Virchows Archiv T. 62.
[18]) Ollivier, cyt. podł Jahresber. f. ges. Med. 1884.
[19]) Mundt, op. cit.
[20]) Funke, cyt. podł. fizyol. Landoisa.
[21]) Leube, Archiv. f. klin. Med. VII, 1870.
[22]) Noorden, Lehrbuch d. Path. d. Stoffwechsels.
[23]) Zuelzer, Virchows Archiv 1876.
[24]) Jones, cyt. podł. Jahresber. f. ges. Med. 1881.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. R. Spira. **Krwotoki uszne.** *(Osobne odbicie z „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“. Z. 140, 141).*

Wylew krwi lub płynu krwawego z ucha może być różny tak ze względu na formę, jakoteż na stopień nasilenia i czas jego wystąpienia. Co się tyczy formy, to wylewający się płyn może być krwawo-surowiczy, krwawo-ropny lub wreszcie czysto krwawy. Co do nasilenia, to krwotok może być tak nieznacznym, że się krew nawet na zewnątrz nie wylewa, lecz pozostając w uchu, zasycha i ulega różnym dalszym losom. Co się tyczy czasu, to krwotok uszny może wystąpić jednorazowo i więcej się nie powtórzyć, lub też powraca w nieregularnych odstępach czasu, pod wpływem pewnych bodźców zewnętrznych, lub też i bez nich. W innych przypadkach występuje krwotok uszny w pewnych regularnych odstępach czasu lub też ma miejsce ustawicznie bez przerwy. Wreszcie mogą takiemu krwotokowi towarzyszyć różne podmiotowe i przedmiotowe objawy, a czasem znowu brak ich zupełny. Wszystkie te różnice co do formy nasilenia i przebiegu zależą prawie wyłącznie od rodzaju czynników przyczynowych.

Co do etyologii, to rozróżniamy: 1) krwotoki idyopatyczne, czyli pierwotne, i 2) następowe, występujące w przebiegu innych chorób. Pierwsze pojawiają się często bez znanej nam przyczyny i nieraz należy je wprowadzić w związek przyczynowy z ogólną neuropatyczną konstytucyą. Przyczyny krwotoków następowych szukać należy bądź a) w chorobach ogólnych lub miejscowych, bądź też b) w zaburzeniach całego narządu słuchowego; wreszcie c) w urazach bezpośrednich lub pośrednich, zabiegach operacyjnych itd.

1) Krwotoki idyopatyczne (pierwotne) z ucha występują jako bardzo rzadkie i arcyciekawe zjawisko u histeryczek i to najczęściej w czasie miesiączkowania (Terreri, Stepanow, Eitelberg, Gradenigo, Hang, v. Stein). Zwykle pokazuje się czysta krew w przewodzie usznym zewnętrznym, zazwyczaj w małej ilości, a wyjątkowo tylko w większej, lecz w takim razie może dojść do tego stopnia, iż utrata kwi co do ilości będzie większa, aniżeli przy prawidłowem miesiączkowaniu. Lecz krwotok taki nigdy nie przybiera groźnych rozmiarów. Co do czasu, to tu prawie zawsze zachodzi pewna okresowość, która jest w wyraźnym związku z miesiączką. Zdarza się często, że krwotok występuje bez żadnego zewnętrznego bodźca, czasami po pewnem natężeniu lub rozdrażnieniu, prawie zawsze z jednego ucha, wyjątkowo tylko obustronnie. W przewodzie usznym zwykle nie znajdujemy żadnych zmian. Objawów towarzyszących często wcale niema tak, iż chory dostaje krwotok nagle i niespodziewanie, wśród najlepszego zdrowia. Zdarza się jednak, że krwotok poprzedzają objawy zwiastunowe w postaci ogólnych lub miejscowych, podmiotowych rzadziej przedmiotowych, takich objawów jak: ogólne osłabienie i nieprawidłowe sensacye, duszność, bicie serca, obrzmienie małżowiny usznej, silny ból lub

zawrót głowy, lekkie kłócie lub nawet silne bole, nadzwyczajne uczucie ciepła i świąd w uchu, osłabienie słuchu aż do zupełnej jego utraty. Wszystkie te objawy są tylko przemijające i znikają prędzej czy później z wystąpieniem i zniknięciem krwotoku. Rzadko zauważano u takich chorych krwotoki uszne poza okresem miesiączkowania. Badając ucho w takich przypadkach, nie znajdujemy zwykle w przewodzie usznym zewnętrznym żadnych zmian; czasem nawet bardzo trudno wyszukać punkt wyjścia krwotoku.

Przyczyny tych zastępczych krwotoków nie można dotychczas jasno uzasadnić; lecz najprawdopodobniej ma się rzecz tak, że ogólny nawał krwi w tym czasie do naczyń wywołuje *per diapedesin* wylew krwi z naczyń gruczołów woskowinowych, przedstawiających zapewne, z powodu swej właściwej budowy, *locus minoris resistentiae*. Zaznaczyć jednak wypada, iż w niektórych takich przypadkach istniał przewlekły nieżyt ucha środkowego, okoliczność, która należałoby może uważać, jako czynnik usposabiający dla umiejscowienia krwotoku.

Pierwotne krwotoki uszne spostrzegano nadto u chorego na padaczkę, bezpośrednio po ataku i u nerwowej pacyentki, po silnem wstrząśnieniu umysłowem (Luc.). W tych przypadkach wprowadzano krwawienie w związek z nerwowem usposobieniem chorych i tłumaczono go zaburzeniami w układzie naczynioruchowym. W dwóch innych przypadkach poprzedzały krwotok zawroty głowy, odurzenie i głuchota, względnie silne bóle głowy, darcie w twarzy, ślepota (amaurosis), podmiotowe szmery i niedosłyszenie po odpowiedniej stronie. Oba te przypadki dotyczyły kobiet nerwowych. Krwotoki pierwotne nie sprowadzają zwykle żadnych cięższych następstw.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

Unna: **Leczenie** *lupus erythematosus. (Klin. ther. Woch.* 1898, 34). Autor omawia szczegółowo leczenie tej tak uporczywej choroby, opierając się na podstawach anatomicznych. O leczeniu wewnętrznem (jod, arszenik, ichtyol) wyraża się z wielkiem niedowierzaniem; jedynie tylko, gdy jest skłonność do obrzęku i przekrwienia, podaje z dobrym skutkiem węglan amonowy, ichtyol lub salicylan sodowy. Wszystkie środki zewnętrzne zaś rozdziela na sześć kategoryj. Do środków łagodzących należą pudry i pasty; pierwsze używane wtedy, gdy występują objawy zadrażnienia, drugie — więcej samoistnie, w celu usunięcia lekkich postaci chorobowych, lub dla zapobieżenia rozszerzaniu się. (Puder: *Zinc. oxyd.*, *Boli rubr. aa. 2,0. Boli alb.*, *Magnes. carbon. aa 3,0. Amyl. Oriz. 10,0. M. f. pulv. cuticolor.* — Pasta: *Pasta zinci sulfurat. Resorc. Ichtyol aa 1,0)*. Drugą gromadę stanowią środki uciskające: kolodyum, *gelanthum*, kleina cynkowa i opatrunki uciskające Engmanna i Unny. Do powyższych środków dodaje mydło szare (10—20%), kwas salicyl. (10%) i ichtyol (25%). Do 3 kategoryi należą środki wysuszające skórę: *pyraloxinum*, *chrysarobin. oxydat.*, *ammon. sulfo-ichtyol.*, *pyoctaninum* i rtęć w postaci maści i plastrów. Ze stanowiska anatomicznego najlepiej swe zadanie spełniają mydło szare i spirytus mydlany, jednak tylko wtedy, gdy działają w stanie wilgotnym, a więc albo pod opatrunkiem wilgotnym (Dunstverband), albo pod maską wilgoć utrzymującą. Powyższych środków jednak, jako silnie drażniących, unikać należy w postaci maści, a zastąpić je trzeba pastami lub maściami chłodzącemi (n. p. z octanami, wodą wapienną). Do tej gromady należy także t. zw. mikrobrenner Unny, którym przypala się miejsce najwięcej przekrwione w odległości 2—3 mm. odległości i przykrywa kolodyonem z ichtyolem. Ostrzejsze środki należą do złuszczających i wrzodziejących: kolodyum i mydła salicylowe i pasty złuszczające *(Pasta Zinc. Resorcin. Icht. aa)*, pyrogalol w znacznem zgęszczeniu, sublimat w postaci maści lub w kolodyum, kw. karbolowy, nalewka jodowa, chloral aa, wreszcie żegadło Paquelina. Autor nie jest zwolennikiem tych ostatnich ostrych środków, twierdzi bowiem, że szybko występują po nich nawroty. Podobnie wyraża się o środkach zapalenie wywołujących, jak nalewka jodowa, gliceryna jodowa, kwas chlorooctowy, roczyn Fowlera, kwas karbolowy itp. Jako ogólną zasadę wypowiada U., że z początku należy zawsze zbadać skórę środkami łagodniejszymi, o ile zdolna jest do podrażnienia, poczem dopiero przechodzić do środków ostrzejszych. Szczególnie zaleca mydła i całą gromadę środków osuszających, obok ucisku na skórę.

F. K.

A. G. Podrez Charkow: **Nowy sposób tworzenia połączeń w przewodzie żołądkowo-jelitowym** (gastroenterostomia i enteroanastomosis) *(Letopiś russkoj chirurgii* 1898, 4*)*. Potrzeba utworzenia połączenia pomiędzy różnemi częściami przewodu żołądkowo-jelitowego zdarza się przy obecnym rozwoju chirurgii tak często, że obie operacye, dążące do tego celu, *gastroenterostomia i enteroanastomosis* winny być zaliczane do rzędu takich zabiegów, jak herniotomia lub tracheotomia, które musi umieć wykonywać każdy lekarz, uprawiający chirurgię. Niestety, pomimo nader częstych wskazań do tych operacyj, wykonywane one bywają stosunkowo rzadko, rzadziej w każdym razie, niżby wykonywane być mogły i powinny. Przyczyną tego jest przedewszystkiem dość zawikłana technika operacyjna, wymagająca dość czasu do wykonania, a więc już przez to ciężka dla chorego, jak dowodzi statystyka, podająca 41—43% śmiertelności. Pragnąc możliwie uprościć i skrócić zabieg, wypróbował autor na zwierzętach następujący sposób postępowania, który zastósował i w 2-ch przypadkach u ludzi.

Po zbliżeniu do siebie powierzchni miejsc, które mają być ze sobą połączone, łączy on je jednym dość grubym szwem jedwabnym, który wkłówa w jednem miejscu ściany żołądka, przechodząc przez całą jej grubość do światła i wykłówa w odległości 2 ctm., poczem toż samo robi w ścianie jelita i, po wyprowadzeniu z niego szwu, wiąże mocno ze sobą końce nitki. Drugi taki sam szew zakłada prostopadle do pierwszego, który w ten sposób tworzy z nim krzyż. Dzięki takiemu założeniu szwów tkanka ścienna, zaciśnięta w splotach, ulega obumarciu już po 2—4 dniach i w ten sposób powstaje czworokątny ubytek w złączonych ścianach, które tymczasem zdążą już ze sobą zrosnąć, wcześniej, niż nastąpi owa perforacya. Dla większej pewności można dodać pomiędzy końcami krzyża po jednym szwie Lemberta, razem więc cztery. Doświadczenia na psach wykazały, że już 3, najpóźniej 4-go dnia wytwarza się komunikacya, początkowo w kształcie krzyżujących się szczelin, które stopniowo przemieniają się w czworobok skośny, przybierający z czasem postać owalną.

Z 2-ch przypadków klinicznych, gdzie zastósował autor ten zabieg, w pierwszym wykonał z powodu nowotworowego zwężenia odźwiernika gastroenterostomię; 17-go dnia po operacyi nastąpiła śmierć wskutek zwiększającego się wyczerpania sił. Sekcya wykazała zupełnie dobry zrost i dostateczną komunikacyę między zeszytymi narządami. Drugi chory, operowany niedawno, żyje. Główna zaleta operacyi polega na nadzwyczajnej prostocie i łatwości techniki, dzięki czemu wymaga zabieg ten bardzo mało czasu i może być wykonywany nawet u bardzo osłabionych chorych, tembardziej, że obejść się można bez uśpienia, lecz wystarcza tylko znieczulenie miejscowe. Jako dodatnią stronę wymienić należy także możność karmienia chorych i po operacyi, naturalnie odpowiednio ostrożnie. (Czy tylko zrost ścian tworzy się zawsze dość mocny, zanim nastąpi w nich perforacya? Przyp. ref.). *Kryński.*

Dr. M. Gnesda: **Przypadek 9 dni trwającego bezmoczu.** (*Mitteil. a. d. Grenzgeb. T. III. Str. 446*). U 41-letniej położnej wycięto macicę, zajętą rakiem. Po operacyi wytworzyła się przetoka moczowodowo-pochwowa. Z tej przyczyny w 3 miesiące później wyłuszczono chorej prawą nerkę.

Chora zniosła zabieg ten bardzo dobrze i zupełnie zdrowa opuściła klinikę. Po 4-ch latach zgłasza się napowrót i podaje, że od kilku dni nie oddaje wcale moczu i nadaremnie kilkakrotnie w tym czasie wprowadzała sobie cewnik do pęcherza. Równocześnie z bezmoczem wystąpiła biegunka, do której dołączyły się potem wymioty. Zresztą czuje się zupełnie dobrze. Badanie w klinice wykazało zupełnie próżny pęcherz i domniemywano się, że przyczyna istniejącego bezmoczu, (anuria) jest mechaniczne zamknięcie moczowodu zachowanej lewej nerki. Natychmiast przystąpiono do założenia przetoki z miedniczki nerkowej na zewnątrz. Podczas operacyi stwierdzono, że miedniczka była zupełnie próżna, a sama nerka duża, lecz wiotka. Przez przeciąg 6-ciu dni po operacyi przez przetokę nie odeszła ani kropla moczu. Stan ogólny ciągle jednako znośny, bo prócz biegunki i wymiotów, żadnych innych objawów chorobowych, nie było. 6-go dnia wystąpił ogólny niepokój, wśród którego nastąpił skon. Sekcya wykazała: *Embolia arteriae renalis sinistrae ex endocarditide acuta valvulae aortae.*

Rzeczą niezwyczajną w tym przypadku było nieznaczne rozwinięcie się objawów mocznicy, mimo 9 dni trwającego bezmoczu i mimo braku charakterystycznych składników moczu w stolcach i treści wymiotowanej.

Herman.

Bechterew: **O psychopatycznem utrudnieniu w oddawaniu moczu.** *(Petsb. m. Woch. 1898).* Spostrzega się stosunkowo często, że istnieją ludzie, którzy mimo braku jakichkolwiek zboczeń ustrojowych w drogach moczowych lub ośrodkowym układzie nerwowym, nie mogą oddać moczu w obecności drugiej osoby. Autor tłómaczy to zboczenie w ten sposób: nadczułość zwieracza cewki mocz. prowadzi do zboczenia w czynnościach mięśni otwierających i zamykających pęcherz (m. detrusor i m. sphincter). Ośrodki tych mięśni, które autor badał u psów, jak cały narząd psychoruchowy, znajdują się u tych osobników w stanie przeczulenia, skutkiem czego zwieracz się nie otwiera, gdy mięsień otwierający się kurczy, bo pierwszy jest wtedy zanadto podrażniony. Tylko odwrócenie uwagi pomaga do zwiotczenia zwieracza i otwarcia cewki. Rokowanie w takich przypadkach nie bywa złe; brom i kąpiele usuwały najczęściej powyższe zboczenie.

F. K.

F. Pendl: **Przyczynek do kazuistyki kamieni cewki moczowej.** *(Wien. klin. Woch. 35, 1898).* Autor opisuje dwa przypadki tego, nie często spotykanego, cierpienia. Pierwszy przypadek dotyczył kamienia, tkwiącego w cewce 10 ctm. od ujścia, wielkości fasoli, złożonego wewnątrz z soli moczanowych, a na zewnątrz otoczonego skorupą fosforanów, który wywołał zaciek moczowy i zapalenie pęcherza. Co do przyczyny w tym przypadku, to wiadomo autorowi, że kamień z pęcherza utkwił w cewce na 3 tygodnie przed operacyą, skutkiem przypuszczalnego zwężenia cewki; to spowodowało utworzenie się na nim skorupy z fosforanów z moczu amoniakalnego. W drugim przypadku wydobyto zapomocą cięcia pęcherza (sectio alta), obok kamieni z pęcherza, kamień, wielkości sporego grochu, z uchyłka części błoniastej cewki mocz., — u chorego, który już od dłuższego czasu cierpiał na kamienie pęcherzowe. Ze względu na ten ostatni przypadek czyni P. uwagę, że w razie uwięzgnięcia kamienia w tylnej części cewki moczowej należy zawsze wydobywać go zapomocą cięcia pęcherza.

F. K.

P. Cohn: **O ile strup, powstały po spaleniu lub przyżegnięciu, chroni rany aseptyczne od zakażenia prątkiem błoniczym lub paciorkowcem ropotwórczym?** *(Z Instyt. hig. w Halli. Berl. klin. W.* Nr. 29, 1898). Wnioskując z licznych i ścisłych doświadczeń, podjętych na świnkach morskich, twierdzi C., że przeciw prątkom Löfflera, jakoteż paciorkowcom ropotwórczym, strup, powstały przez spalenie lub zadziałanie ałunu na ranę, niepewnie tylko chroni; że natomiast strupy po zadziałaniu siarkanu miedziowego chronią z zupełną pewnością przed wspomnianem zakażeniem. Najenergiczniej nakoniec chroni strup po spaleniu azotanem srebrowym: zabija on w jednej chwili zarodniki z nim się stykające i to nawet po spłókaniu nadmiaru azotanu srebra zapomocą roztworu soli kuchennej.

Dr. B. Wojciechowski.

M. Kuzniecow (Charków): **O deskowatej flegmonie szyi.** *(Letopiś russkoj chirurgii* 1898, 4). Pod nazwą *phlegmon ligneux du cou* opisał przed paru laty prof. Réclus pewną postać zapalenia przewlekłego tkanki podskórnej na szyi, cechującą się pewnemi odrębnemi własnościami. Cierpienie to przedstawia się jako naciek bardzo twardy na przedniej lub bocznej powierzchni szyi, rozwijający się nader powoli, bez bólu i gorączki i utrzymujący się w takim stanie długo bez zmiany, i dopiero po kilku tygodniach, a często nawet miesiącach, powstają wśród nacieku ogniska rozmiękczenia z ropą. Obraz cierpienia przypomina bardzo naciek rakowy, twardy, to co francuzi nazywają *cancer en cuirasse*, tembardziej, że i gruczoły chłonne na szyi bywają powiększone, i rzeczywiście rozpoznanie bywa często trudne. Według Reclusa występuje zazwyczaj to cierpienie w wieku późniejszym, lub u osobników wyniszczonych.

Etyologia dotychczas jeszcze nie jest wyjaśniona. Réclus uważa tę postać flegmony za odmianę przewlekłych zapaleń ropnych skóry i tkanki podskórnej, zależną od różnych drobnoustrojów, których wylicza cały szereg. Oprócz koków ropotwórczych, znajdowano laseczniki durowe, błonicze, *bact. coli*, grzybek promienisty i inne.

Autor, przytoczywszy zapatrywania obecne na tę sprawę opisuje swój przypadek takiej twardej flegmony, z którego wyhodował z ropy paciorkowce i laseczniki gatunku *proteus*. Za przykładem Réclusa zachęca autor do ogłaszania spostrzeżeń odnoszących się do tej postaci chorobowej, któreby wyjaśniły ciemne strony w patogenezie cierpienia, dotychczas jeszcze dostatecznie nie wyodrębnionego i przez to często w oczach mało krytycznych lekarzy powiększającego liczbę przypadków raka „szczęśliwie wyleczonych“.

Kryński.

Dr. E. Koch: **Przyczynek objaśniający przypadki tężca po operacyach w jamie brzusznej.** *(Deutsche Ztschr. f. Chir.* T. 48. Z. 1. 1898). U 42-letniej pacyentki wykonano odcięcie nadpochwowe macicy, zajętej włókniakami. Kikut opatrywano pozaotrzewnowo. Przebieg pooperacyjny niemal prawidłowy, (bo notowano tylko wieczorami nieznaczny stan podgorączkowy), uległ znamiennemu zaburzeniu 7-go dnia. W tym to bowiem dniu wystąpił szczękościsk, stężenie w karku i sztywność kręgosłupa. Następnego dnia objawy rozwiniętego tężca ogólnego. Wieczorem 8-go dnia po operacyi chora zmarła. Po otwarciu zwłok znaleziono narządy wewnętrzne bez zmian, a w samym kikucie ognisko ropne, wielkości orzecha laskowego, utworzone wokoło węzła podwiązki katgutowej. Z ropy jak i z katgutu wyhodował K. typowe prątki tężcowe. Autor mniema, że przyczyną tężca było w tym przypadku zanieczyszczenie katgutu, jakkolwiek próby z pozostałą resztą jego wypadły ujemnie.

Herman.

E. Bumm: **Aseptyka i technika.** *(Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 27 r. 1898). W powyższym artykule wypowiada autor swoje zapatrywania na jedno z najważniejszych zagadnień chirurgii, a mianowicie jak należy operować, ażeby zapewnić ranie możliwie najlepsze warunki zgojenia. Postępowanie przeciw i bezgnilne jest nader ważnym środkiem ochronnym i gdyby można doprowadzić do tej doskonałości, ażeby ręce operatora i pole operacyjne były tak wyjałowione jak narzędzia i przybory, używane przy operacyi, wtedy ścisłe wykonywanie przepisów aseptyki dawałoby zupełną pewność pomyślnego gojenia się rany. Jak do dziś dnia jednak ochronienie zupełne rany od zakażenia jest rzeczą niemożliwą, nie umiemy bowiem zniszczyć drobnoustrojów umiejscowionych w głębszych warstwach skóry i nie możemy również ustrzedz rany od zetknięcia się z drobnoustrojami, które znajdują się zawsze w powietrzu. Mimo tych niedostatków osiągamy obecnymi sposobami postępowania przeciw i bezgnilnego bez porównania lepsze wyniki pooperacyjne, niż w czasach przed aseptycznych, a dzieje się

to, zdaniem autora, głównie z tego powodu, że przez dokładne odrażanie rąk, unikamy bezpośredniego przenoszenia zarazków z jednego chorego na drugiego, jak to bywało dawniej, gdy lekarz przeszczepiał wprost swoją zanieczyszczoną ręką n. p. wydzielinę ropnia, a więc zarazki chorobotwórcze, na świeżą ranę. Niebezpieczeństwo było w tym ostatnim przypadku tem większe, że zarazki przeszczepione bezpośrednio na drugi organizm, znajdują się w stanie największej jadowitości, są przystosowane do rozwoju w tkankach żywych, szybciej się rozmnażają niż drobnoustroje tego samego rodzaju, wzięte ze sztucznej pożywki i skutkiem tego więcej szkody mogą organizmowi wyrządzić.

Nie tylko jednak od stopnia jadowitości i rodzaju drobnoustrojów zakażających zależy sposób gojenia się rany, jest on także zawisłym od właściwości tkanek, w których się rana znajduje. Im gładszą jest powierzchnia zraniona, im krócej zabieg trwa, im mniej znajduje się w ranie cieczy przesączynowej lub wynaczynionej krwi, tem lepszymi są *ceteris paribus* warunki zgojenia. Ostatnie uwagi odnoszą się szczególnie do zabiegów, wykonywanych w jamie brzusznej, gdzie, podczas długiego trwania operacyi, nabłonek otrzewnej pod działaniem powietrza wysycha i może częściowo obumrzeć, może wytworzyć się wysięk surowiczy, porażenie jelit, a nawet *shock* mięśnia sercowego. Jako przykład, jak wiele znaczy dobra technika przy wykonywaniu zabiegów operacyjnych, przytacza autor myomotomię z zaopatrzeniem śródotrzewnowem kikuta.

Wyniki po tej operacyi, początkowo w znacznej liczbie przypadków niepomyślne, stały się wtedy dopiero dobrymi, gdy nauczono się zabieg szybko wykonywać, unikając znacznego obrażenia kikuta, ażeby tkanki jego zachowały całą swoją żywotność, a dalej, gdy poczęto zwracać większą uwagę na dokładne podwiązanie wszystkich naczyń krwawiących.

Piotrowski.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lek. galicyjskich.

Posiedzenie naukowe z d. 10 czerwca 1898 r.

Przewodniczący; Kol. Machek. — Obecnych członków 42.

1. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Kwiatkiewicz przedstawił płód z wadą rozwojową, tak zw. *hydranencephalus*.

3. Kol. prof. Prus przedstawił wynik swych badań nad drogami przewodzenia padaczki korowej. W wyczerpującym wykładzie, ilustrowanym wielką liczbą preparatów mózgów z psów, które mu posłużyły do doświadczeń w tej sprawie, dochodzi prelegent do wniosku, że padaczkę można wywoływać po doszczętnem przecięciu dróg piramidalnych obustronnych, że zatem do powstania padaczki niepotrzebną jest obecność tych dróg ruchowych, że raczej powstanie padaczki po zadrażnieniu mózgu należy uważać za sprawę odruchową, a za przyczynę obustronnej lub jednostronnej (Jackson) padaczki przyjąć należy większą lub mniejszą siłę bodźca drażniącego. Piękna ta praca w całości ogłoszoną była w »Przeglądzie lekarskim«.

W ożywionej rozprawie zabierali głos: koll. prof. Antoni Gluziński, prof. Beck, prof. Sobierański, Uhma, Kučera i prelegent.

Sekretarz *Dr. Hojnacki.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dn. 15 Czerwca, 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prezes Jakubowski. Członków obecnych 24.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Rutkowski przedstawił chorego z Kliniki chirurgicznej, cierpiącego na *ectopia vesicae*, u którego użył ściany jelitowej do plastyki pęcherza moczowego. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi kol. Kryński zaznacza, iż pomysł użycia ściany jelitowej do plastyki pęcherza moczowego zastosował w *ectopia vesicae* po raz pierwszy kol. Rutkowski i wynik, jak widzimy, otrzymał bardzo dobry. Próbowano używać w celach plastycznych ściany jelit do utworzenia pochwy, nawet pęcherza, to ostatnie jednak tylko doświadczelnie, na psach. W ten sposób osiągnąć można zupełne zamknięcie pęcherza; pozostaje jednak drugie następstwo *ectopiae vesicae*, najprzykrzejsze dla chorego, a mianowicie niemożność utrzymania moczu. Temu nie są w stanie zaradzić metody plastyczne, gdyż nawet w razie zeszycia ze sobą rozszczepionych brzegów szyjki pęcherza, znajdujące się w nich pierwiastki mięśniowe są zbyt słabo rozwinięte, aby mogły utworzyć dość silny zwieracz, a nawet niektórzy autorowie wprost zaprzeczają ich istnienia. Dlatego też chorzy tacy, pomimo zamknięcia jamy pęcherzowej, skazani są na noszenie ciągle sztucznych zbiorników moczu, które nadto w tych przypadkach z trudnością dają się zastosować dokładnie.

Wobec tego tem bardziej pociągająco przedstawia się dla chirurga ta metoda radykalna, która usuwa doszczętnie wszystkie przykre następstwa tego stanu. Jest to operacya zupełnego wycięcia ściany pęcherza i wszycia moczowodów do odbytnicy, zabieg, na którego następstwa zbyt czarno zapatruje się kol. Rutkowski. Wyniki otrzymane, między innymi, w przypadkach Maydla i jego przed 3 laty, przemawiają bardzo zachęcająco. W przypadku Kryńskiego w ciągu 2 lat po operacyi stan zdrowia operowanego, 20 kilkoletniego, mężczyzny, był zupełnie zadowalniający i niepokojących objawów ze strony nerek, czego głównie obawiać się tu można, nie było wcale. O dalszych losach chorego od roku nie ma wiadomości. Co się zaś tyczy trudności technicznych operacyi, to postępowanie Maydla znakomicie upraszcza zabieg i chroni w znacznym stopniu od zakażenia moczowody i nerki.

Kol. Rutkowski w odpowiedzi podaje, że jakkolwiek operacya Maydla usuwa wszystkie dolegliwości, to jednakowoż ze względu, że stwarza nieprawidłowe stosunki, groźne dla chorego, powtóre, że połączona jest z usunięciem prawidłowego narządu (pęcherza), to trzeba ją uważać za *malum necessarium*, i dla tego należałoby dążyć do lepszego rozwiązania sprawy, a jako krok naprzód uważa użycie jelita do plastyki pęcherza. Z chwilą zaś, kiedy chirurgom uda się wytwarzać zwieracze, sposób ten będzie jedynie racyonalnym.

Następnie kol. Łepkowski przedstawił chorego z obturatorem, który dnia 7 stycznia wykonał zamach samobójczy w ten sposób, że ułożywszy się na podłodze, lufę z karabinu Mannlichera skierował pod szczękę dolną.

Po odwiezieniu chorego do szpitala stwierdzono ranę w podbródku, o brzegach poszarpanych, komunikującą z jamą ustną, szczęka dolna złamana w kierunku od wewnątrz i góry, na zewnątrz i ku dołowi. Nos i warga górna rozszarpane; lewy wyrostek szczęki górnej na 5 części złamany, przegród brak tak, że jama ustna z nosową tworzą jedną wspólną jamę o ścianach poszarpanych; język i podniebienie miękkie również poszarpane.

Z powodu znacznej duszności wykonano tracheotomię, odłamki zaś kostne, jako też i miękkie części, złączono szwami.

W czasie pobytu w szpitalu chory przebył gnilne zapalenie oskrzeli i różę twarzy.

Oto wyciąg z historyi choroby, łaskawie udzielony przez Dra Zdzisława Hordyńskiego, naczelnego lekarza oddziału chirurgicznego tutejszego szpitala wojskowego.

Chory ten zgłosił się w dniu 1 maja r. b. do prelegenta z prośbą, aby mu uzupełnił braki w jamie ustnej, umożebnił wymowę, żucie i uwzględnił poprawę szpetnego wyglądania twarzy, powstałego przez ubytki w kościach szczęki górnej i dolnej.

Trudności były wielkie, samo wzięcie odcisku było na razie niemożliwe, gdy otwarcie jamy ust, brak większej połowy szczęki górnej po stronie lewej, nie pozwalały ze względów mechanicznych na wprowadzenie łyżki z masą odciskową. Przez kilkanaście dni, rozwierając zwolna klinami drewnianymi, doprowadził prelegent otwarcie jamy ustnej do tego stopnia, że częściowo wprowadzając gips, otrzymał odcisk, na którym możliwe było zrobienie obturatora. Z jednej strony przymocowano klamrą, założoną na 2-ch zębach trzonowych, opuszkowanych blachą platynową, stronę zaś lewą wsparto sprężyną złotą, umocowaną od dołu i góry na kauczuku, wypełniającym ubytki szczęki dolnej i górnej. Dziąsła zastąpiła emalia kości kauczukowej.

Wynik jest dobry, chory może jeść, lepiej mówi, a bełkotanie zupełnie ustąpi, skoro kikut, pozostały z języka, wzmocni się przez ćwiczenie, a wydłuży przez podcięcie, którą to operacyę kol. Hordyński przyobiecał choremu uczynić.

Przypadek ten najlepiej dowodzi rozwoju techniki dentystycznej, jak wysoko stanęła i jak wiele z jej pomocą, nawet w tak rozpaczliwych przypadkach, jak przedstawiony, można osiągnąć.

Za sekretarza: *Dr. Grażyński.*

Posiedzenie nadzwyczajne w d. 13 lipca. 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Dr. Jakubowski. Obecnych członków 30.

Posiedzenie to poświęcone było sprawie Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Po dłuższych rozprawach uchwalono, aby w razie odmownego załatwienia rekursu, wniesionego do pruskiego ministeryum przez Komitet gospodarczy Zjazdu, ogłosić w porozumieniu z innemi ciałami naukowemi protest, który ma być rozesłany do czasopism i instytucyj naukowych oświeconych narodów.

Za sekretarza: *Dr. Grażyński.*

VI. Sprawozdanie z IV-go Zjazdu w sprawie gruźlicy

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia 1898 roku.

(Ciąg dalszy).

Bouchard i Claude (z Paryża) byli sprawozdawcami tematu: „Promienie Röntgenowskie a rozpoznawanie gruźlicy“. Radiografia nie zmieniła wprawdzie lekarskiego rozpoznawania, pozwala jednak sprawdzać i uzupełniać wyniki innych sposobów badania. Radioskopia ma tę wyższość nad radiografią, że dozwala badać ruchy narządów oddechania i krążenia. Przy prześwietlaniu X=promieniami klatki piersiowej zdrowego człowieka widać na ekranie cień kości, cień wątroby i wysuwający się poza granice cienia mostka — cień serca. U suchotników serce często jest małe i cień jego znika pod cieniem mostka. Płuca zdrowe są na ekranie jasne, nieco tylko zaciemnione ponad grzebieniem łopatki i z boków, gdzie znajdują się grubsze pokłady części miękkich. Oceniając wyniki radioskopii, należy być pewnym, że przy badaniu nie popełniono błędów technicznych i sprawdzać je zawsze zwykłem badaniem, przy którem można zaznaczyć granice stłumień drutami lub paskami papieru ołowianego, przytwierdzonymi na skórze. Wyniki radioskopii są równoległe do wyników opukiwania; stłumieniom odpowiadają na ekranie zaciemnienia. W gruźlicy płuc spotyka się zaciemnienie okolicy szczytów, które można rozpoznać łatwiej, zwracając uwagę na cień obojczyka: traci on wtedy swą wyrazistość. W późniejszych okresach gruźlicy występują cienie rozleglejsze i silniejsze, odpowiednio rozległym naciekom; części płuc zserowaciałe są zupełnie ciemne. W miejscach odpowiadających jamom gruźliczym, widać czasem pola jaśniejsze, otoczone ciemniejszą obwódką, leżące wśród przyćmionej wogóle przestrzeni płuc. W ostrej gruźlicy płuc daje radiografia wyniki tylko w przypadkach „pneumonia caseosa“; w przewlekłych postaciach suchot zmienia się obraz odpowiednio do istniejących zmian opłucnej. Wysięki opłucnej sprawiają zaciemnienie obrazu; zmiany takich cieni z dnia na dzień wskazują na obecność płynu. W odmie piersiowej wyjaśnia się nieprawidłowo brzeg boczny klatki piersiowej, a cień przepony leży niżej, niż zazwyczaj. Stopień ruchomości przepony daje także cenne wskazówki. Można także zapomocą radioskopii wykazać zmiany gruźlicze gruczołów oskrzelowych w postaci ciemnych okrągławych plam po obu stronach kręgosłupa na wysokości 2—3 i 4 kręgu piersiowego. Należy pamiętać, że niektóre cierpienia płuc dają przy badaniu promieniami Röntgena obrazy podobne, jak gruźlica, i umieć je odróżniać. Przekrwienie i obrzęk płuc dają cienie słabsze, niż gruźlica, znikające prawie zupełnie przy głębokich wdechach i zmienne z dnia na dzień. Zapalenie krupowe płuc daje cienie, odpowiadające granicom płatów. Rozedma płuc sprawia niezwykłe wyjaśnienie obrazu na zasłonie; przepona jest mało ruchomą. Rozszerzenia oskrzeli dają obrazy podobne do jam gruźliczych; wtedy należy uciec się do zbadania, czy miąższ płucny nie jest zresztą zmieniony. Zgorzel płuc badano dotąd raz tylko promieniami Röntgena i to z wynikiem ujemnym. Wogóle więc może radioskopia dostarczyć w gruźlicy płuc niejakich wskazówek rozpoznawczych; nie należy jednak wymagać od tego sposobu więcej, niż on dać może. W pewnych razach można wpaść na ślad gruźlicy, nie dającej się wykryć zwykłymi sposobami, jak to powiodło się Kelschowi u 51 na 124 badanych żołnierzy; i odwrotnie można z pomocą radioskopii upewnić się u osobników z nieżytem oskrzelowym, budzącym przypuszczenie gruźlicy, że nie ma zagęszczenia szczytów. Nadaje się także radiografia do dokładnego zapisywania stanu płuc w różnych okresach choroby. Mimo tych zalet nie wejdzie ona nigdy w powszechne użycie z powodu trudności wykonawczych; nie ma zaś mowy o tem, aby nawet w części mogła wyprzeć dotychczasowe sposoby badania.—Béclère (z Paryża) sądzi, że radioskopii należy używać zarówno z radiografią, gdyż oba sposoby uzupełniają się wzajemnie. W czasie badania radioskopią należy zmieniać natężenie wyładowań elektrycznych, a przez to urozmaicać rodzaj oświetlenia ekranu. Dobrze jest okolicę badaną umieszczać przed otworem nieprzepuszczalnej przepony metalowej. Radiografia jest sposobem ściślejszym, niż radioskopia, bo przeszkadza błędom podmiotowym w spostrzeganiu. Zmniejszyć je można jednakże, przyzwyczaiwszy oko do ciemności przez parę minut przed oglądaniem obrazu na ekranie. W gruźlicy utajonej, bez oznak fizykalnych, może radioskopia naprowadzić na przypuszczenie istnienia tej choroby, a zwłaszcza tam, gdzie ona ukrywa się pod maską niedokrwności, błednicy lub neurastenii. W gruźlicy przypuszczanej, lecz na pewno nie stwierdzonej, może prześwietlanie upewnić w rozpoznaniu; w gruźlicy zaś już rozpoznanej posiada ono wartość dla rokowania, mianowicie wykazując np. zagęszczenie obu szczytów, gdy klinicznie można je stwierdzić tylko w jednym, lub wykrywając zmiany głębokie, w sąsiedztwie wnęki płuc, dla zwykłego badania niedostępne i t. p.

Bergonié (z Bordeaux) i Teissier (z Paryża) zdawali sprawę: „O działaniu X=promieni na gruźlicę“. Prawie z pierwszą chwilą odkrycia X-promieni zauważono, że wywołują one na skórze rumień i wypadanie włosów, na błonach śluzowych pryszczyki i t. d. Stąd pochop zastosowania leczniczego X-promieni czyli tak zw. radioterapii. Wyniki prób w tym kierunku ocenić wogóle dość trudno, ponieważ różni badacze posługiwali się przyrządami rozmaicie zbudowanymi i t. p. Najwięcej używano w radioterapii rurek tak zw. bi-anodalnych Mureta, połączonych z cewką Rhumkorffa, do której prądu elektrycznego dostarczały bądźto stosy, bądź akumulatory. Siły X-promieni nie można dotychczas dostatecznie dokładnie mierzyć; względnie najlepsze usługi mogłyby tu oddać fotometry, zwłaszcza Imberta & Bertin-Sansa lub przenośny Bugneta. *Działanie X-promieni na hodowle prątków gruźliczych* badali Rieder, Pott i obaj sprawozdawcy; zdaje się, że promienie Röntgena nie są dla prątków Kocha zabójcze. Zwykłe światło słoneczne bezpośrednie zabija prątki Kocha już po 2 godzinach; natomiast zachowują one zdolność rozwoju nawet po 11 godzinnem działaniu X-promieni. Jednakże zdaje się, że jadowitość prątków Kocha pod działaniem X-promieni słabnie. *Działanie X-promieni na zwierzęta, zakażone gruźlicą*, byłoby, według badań dawniejszych (Lortet, Genoud, Fiorentini, Luraschi, Mühsam, Rodet, Bertin-Sans), korzystne i uprawniałoby do prób leczniczych w gruźlicy ludzkiej. Ma ono polegać nie tyle na osłabieniu żywotności i jadowitości prątków, ile na jakichś wpływach, podnoszących odporność tkanek ustroju. Jednakże w żadnem z odnośnych doświadczeń, nawet stosując X-promienie zapobiegawczo, nie zdołano uchronić zwierząt od śmierci z gruźlicy; mniejszy zaś stopień zmian gruźliczych, lub dłuższe życie zwierząt poddanych działaniu X-promieni są miarą zbyt niepewną, aby na jej podstawie wnosić o korzystnym wpływie radioterapii. Świeżo Teissier przeprowadził w pracowni Potaina liczny szereg (60) dokładnych doświadczeń z wynikiem niepomyślnym, ponieważ X-promienie nie uchroniły ani jednego zwierzęcia od gruźlicy, ani nie przedłużyły ani razu życia; to też doświadczenia te nie przemawiają za zastósowaniem radioterapii w gruźlicy ludzkiej. *Wpływ X-promieni na gruźlicę ludzką* badano wielokrotnie w gruźlicy i wilku skóry, w gruźlicy stawów, w końcu w suchotach płucnych. W wilku skóry zauważyli dobre wyniki leczenia: Albers-Schönberg (2 razy), Schiff i Freund (w kilku przypadkach) i Teissier (raz). Promienie Röntgena, stósowane miesiącami, wywołują w tych przypadkach silne zapalenie skóry, które później ustępuje, a wraz z niem zmiany gruźlicze znikają lub zmniejszają się. Należy jednak zauważyć, że jest rzeczą bardzo trudną odpowiednio ograniczyć rozległość i natężenie sprawy zapalnej, wywołanej przez X-promienie. Rzekomo pomyślne wyniki zastosowania X-promieni w gruźlicy stawów, o których piszą Kirmisson, Bazy, Lancaster, Sainton, nie budzą zaufania, ponieważ równocześnie używano innych sposobów leczenia (ustalenie, wyciąganie i t. d.). W każdym zaś razie posiadamy dziś sposoby leczenia gruźlicy stawów, prowadzące do celu łatwiej, prędzej, taniej, a przedewszystkiem pewniej, niż X-promienie. W końcu przegląd prób, dokonanych z promieniami Röntgena w gruźlicy płuc, świadczy, że nie wywierają one w tych przypadkach żadnego wpływu i są stanowczo nieużyteczne.—Dubard (z Dijon) i Destot (z Lyonu) nie stwierdzili żadnego wpływu X-promieni w 7 przypadkach suchot płucnych, natomiast zauważyli niejakie polepszenie w gruźlicy skóry.—Nocard również podaje w imieniu Rodeta i Bertin-Sansa (z Montpellier) do wiadomości, że badacze ci

stwierdzili w doświadczeniach na zwierzętach, zakażonych gruźlicą, bezskuteczność radioterapii.

Teissier. „O ujemnem działaniu fluorescencyi na prątki gruźlicze“. Poddając hodowle prątków Kocha działaniu promieni ciał fluoryzujących: tlenku uranu i siarczku cynku nie można stwierdzić żadnych zmian ani w żywotności, ani w jadowitości drobnoustrojów.

Redard nadzwyczaj zaleca radiografią w przypadkach gruźlicy stawu biodrowego. Sposób ten może zwłaszcza w początkach cierpienia upewnić w rozpoznaniu, a dozwalając oznaczyć dokładnie siedzibę cierpienia, wykryć przesunięcia i zniekształcenia główki kości udowej, obecność odszczepów itd., dostarcza cennych wskazań leczniczych, których inne sposoby badania z powodu głębokiego położenia stawu dać nie mogą.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 13 Października.

Czwarty wiec Izb lekarskich austryackich.

Dnia 10 b. m. obradował we Lwowie IV-ty wiec delegatów Izb lek. austr. Na wiec ten przybyli prezydenci wszystkich prawie Izb austr.: Dr. Svetlin (Wiedeń), Dr. Adler (Austrya niższa). Dr. Nessel (Praga, Izba czeska), Dr. Petřina (Praga. Izba niem.), Dr. Brenner (Berno mor.), Dr. Gregorič (Lublana), Dr. Dvorzak (Cieszyn), Dr. Mayer (Innsbruck), Dr. Gramaticopulo (Pola), Dr. Fossel (Graz), Dr. Mitkiewicz (Czerniowce), Dr. Łazarski (Kraków). Przewodniczył prezydent Izby wschodnio-galicyjskiej, jako gospodarczej, Dr. Festenburg; obowiązki sekretarza pełnił Dr. Pisek, Nadto uczestniczył w obradach przez cały ciąg wiecu JW. protomedyk, c. k. radca namiestnictwa, Dr. Merunowicz.

Po serdecznem powitaniu przybyłych delegatów przez JW. wiceprezydenta c. k. Namiestnictwa, P. Lidla, w zastępstwie JE. P. Namiestnika, i po przemówieniu powitalnem JWP. Prezydenta miasta, Dra Małachowskiego, imieniem stolicy kraju, wyraził prezydent wiecu głęboki żal ogółu lekarzy austr., z powodu zgonu Cesarzowej i uprosił przedstawiciela rządu, by raczył u stóp tronu złożyć wyrazy tego smutku i bólu.

Z kolei przystąpiono do obrad, z których wkrótce obszerniej zdamy sprawę. Po zamknięciu obrad późnym wieczorem podejmowali koledzy lwowscy przybyłych w kasynie ziemiańskiem.

* Wydział lekarski Uniw. Jagiell. poruczył zastępstwo dyrektora kliniki chirurgicznej I-szemu asystentowi tej kliniki, Drowi Maksymilianowi Rutkowskiemu.

* Kierownictwo krakowskiej Szkoły położnych poruczył Wydział lekarski doc. Aleksandrowi Rosnerowi, który jednocześnie zostanie przedstawiony na następcę opuszczającego Kraków prof. Marsa. Wykłady weterynaryi, do czasu mianowania stałego profesora, powierzono Panu A. Papému, I-szemu weterynarzowi m. Krakowa.

* Dnia dzisiejszego w południe, w murach Uniwersytetu, pożegna Wydział lekarski Uniw. Jagiell. prof. Antoniego Marsa. Wieczorem zaś odbędzie się pożegnalna uczta dla opuszczającego Kraków profesora, w której wezmą udział nasze instytucye lekarskie.

* Minister oświaty zatwierdził uchwałę lwowskiego Wydziału lekarskiego, nadającą Drowi J. Wiczkowskiemu prawa docenta do wykładów z zakresu medycyny wewnętrznej.

* Sekcya stryjska Tow. lek. galic. odbyła posiedzenie w dniu 1 b. m. Po załatwieniu spraw administracyjnych i zawodowych opowiedział Dr. Jastrzębski o ciekawym przypadku przedziurawienia klatki piersiowej, zakończonem zupełnem wyzdrowieniem 14-letniego pacyenta.

* Dr. Parlavecchio opowiedział w rzymskiem Societa Lancisiana o szczęśliwie dokonanem przez niego zeszyciu kłótej rany serca. Dnia 7 lipca b. r. 20-letni mężczyzna otrzymał pchnięcie nożem w 5-te międzyżebrze okolicy przymostkowej; pomimo ciężkiej rany udał się on pieszo do szpitala San Giacomo, odległego o 200 metrów. Po upływie 5 godzin stwierdzono u ranionego odmę piersiową po stronie lewej z obfitem wynaczynieniem do jamy opłucnowej; jednocześnie stłumienie serca rozszerzyło swe granice, tony sercowe stały się głuchymi, a tętno zmalało i zmiękło. Podejrzywając ranę w sercu, dr. P. przystąpił do operacyi w 8 godzin od chwili zranienia. W uspieniu chloroformowem naciął operator opłucnę w 5-tem międzyżebrzu, przyczem wylało się z jej jamy b. wiele krwi; po wycięciu kawałka 5-go żebra, odsłonił osierdzie, w którem była rana na 2 palce; po rozszerzeniu tej rany spostrzegł operator w okolicy koniuszkowej komórki lewej ranę długą na 3 — 5 ctm., przeszywającą ukośnie lewą komórkę, z której okresowo wytryskiwała krew. Ranę sercową zaszył on 4 jedwabnymi szwami, a następnie spoił ranę osierdziową i skórną. Operacya trwała 40 minut i zakończyła się zupełnem wyzdrowieniem chorego. Jest to już 3-ci przypadek wyzdrowienia po zaszyciu rany w sercu (»The Lancet« z 17 września).

* Według urzędowych sprawozdań umarło w Niemczech z ospy w roku 1896 osób 10, t. j. 0.19 na milion mieszkańców; wszystkich zaś chorych na ospę w r. sprawozdawczym było w Niemczech tylko 92, gdy w tymże roku chorowało w Austryi osób 2663, a we Włoszech 9036. Tak pomyślne wyniki w Niemczech są następstwem sumiennego wykonywania prawa o obowiązkowem szczepieniu.

* Na 62 mężczyzn, którzy w roku 1895 leczyli się na morfinizm, było 30 lekarzy; z 18 morfinistek zamężnych 3 były żonami lekarzy.

Nekrologia. W Miłochowie (gub. smoleńska) zmarł Dr. Leon Boguszewski w 66 roku życia. W Jałcie zmarł prof. farmakologii w Petersburgu, Dr. St. Kostiurin. W Kijowie zakończył życie Dr. Subotin, b. profesor higieny w Uniw. św. Włodzimierza.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Krytyce lekarskiej* (Nr. 10): Dra Małagowskiego W.: Lekarz, jako biegły przed sądem karnym (c. d.). Z pamiętników prof. Szokalskiego (dokoń.). Dra Giedroycia Fr.: Początki reklamy lekarskiej w Polsce. W *Zdrowiu* (Zeszyt 157): Artykuł wstępny. Kowalskiego Zdzisława Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów uniwersytetu warszawskiego. Dra Fidlera H.: Projekt nowej dyety szpitalnej. Urządzenia ku podniesieniu zdrowotności w Poznaniu. W *Medycynie* (Nr. 41): Dra Oderfelda H.: O operacyjnem leczeniu wypadnięcia prostnicy zapomocą »colopexis«. Dra Krakowa: Kilka słów w sprawie zszywania krocza położnicy, pękniętego przy porodzie, oraz opis modyfikacyi kleszczy porodowych. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 41): Dra Monsiorskiego Z.: O zewnętrznem badaniu akuszeryjnem i obrocie zewnętrznym. Dra Ettingera W.; Przypadek tężca, leczonego bez skutku surowicą przeciwtężcową.

Redakcya otrzymała:

— Kamieński St.: O właściwościach fizyologicznych ustroju dziecięcego w stosunku do patologii i terapii. (Odczyty kliniczne, wydawane przez Redakcyę »Gazety Lekarskiej« Nr. 115, 116 i 117).

— Dr. Neugebauer Fr.: Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (Odbitka). Warszawa, 1898 rok.

— Doc. Dr. Schramm H.: Beitrag zur Sehnentransplantation zur Behandlung der Fussdeformitäten in Folge von essentieller Kinderlähmung. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Dr. Kowalski E: Untersuchungen über das Verhalten der Temperatur und der Circulation in den Bauchhöhlenorganen unter dem Einflusse von Umschlängen. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Prof. Chodounský K.: Nastuzeni. Praga, 1898.

— Dr. Gruder L.: Ein Fall von doppelseitigen exulcerirendem Gumma der Augenlider. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 19 Października, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w „Collegium novum“ w sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

1) Kol. Doc. A. Bossowski: Przedstawi chorych z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika.

2) Kol. Dr. Nartowski mówić będzie: „O morfologii i biologii komórki nerwowej“.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków 22. Października 1898. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O nowym prątku, wywołującym „gruźlicę wrzekomą“, oraz obecny stan wiedzy o tej postaci chorobowej

podali

Prof. O. Bujwid i Dr. N. Kostanecki.

Nazwą „gruźlicy wrzekomej“ oznaczoną została przez Ebertha[1]) w r. 1885 choroba zakaźna, spostrzeżona przez niego u królika, który padł bez jakiejś widocznej przyczyny. W wątrobie, śledzionie i nerkach tego zwierzęcia znajdowały się guzki, z makroskopowego wejrzenia, zbitości i zabarwienia szarawo-żółtawego zupełnie podobne do guzków gruźliczych, w których jednak prątki Kocha, w preparatach, barwionych metodą Ziel-Neelsena i Ehrlicha, nie dały się wykazać. Natomiast w środku guzków nagromadzone były prątki, prawie dwa razy szersze, od prątków gruźliczych, jednak krótsze i jedynie za pomocą błękitu metylenowego (met. Löfflera) barwiące się w skrawkach. Prątki te ugrupowane były w wyraźne łańcuchy. W tymże roku Eberth miał sposobność spostrzegania jeszcze dwóch przypadków gruźlicy wrzekomej u świnek morskich i zdołał, przez przeszczepianie guzków na zwierzęta zdrowe, wywołać u nich takie same zmiany anatomiczne. Drobnoustroje, pod wpływem których występował przy sekcyi obraz makroskopowy gruźlicy zwykłej, uznał autor za identyczne z ziarniakami (kokkami), opisanemi jeszcze w r. 1883 i 1884 przez Malasseza i Vignala[2]). Autorowie ci otrzymali swą „tuberculose zoogléique“ przez zaszczepienie świnkom morskim serowatego guzka, znajdującego się na przedramieniu dziecka, zmarłego na zapalenie gruźlicze opon mózgowych. Guzki powstałe tą drogą u zwierząt, nawet pod względem budowy histologicznej miały być zupełnie podobne do gruźliczych; przedstawiały one zwykle skupienia gruzełków, składających się z tworów olbrzymich i komórek przybłonkowatych; nie zawierały jednak w sobie prątka Kocha, lecz t. zw. „zooglées“ tj. skupienia drobnoustrojów otoczone istotą jednolitą. Te „zooglées“ utworzone były przez ziarniaki, rozłożone pojedyńczo, lub ugrupowane w łańcuchy.

Od tego czasu zaczęły się pojawiać coraz liczniejsze spostrzeżenia, dotyczące gruźlicy wrzekomej u zwierząt. Tak, w roku 1887 Chantemesse[3]) wywołał zmiany wrzekomo gruźlicze w gruczołach otrzewnowych, wątrobie, śledzionie i płucach świnek morskich, wszczepiając tym zwierzętom do otrzewny watę, przez którą było przepuszczone powietrze z sal, zajętych przez chorych na gruźlicę. Z punktu widzenia anatomo-patologicznego autor określił te zmiany jako „infiltrations lymphoïdes accompagnés de degénérescence vitreuse des tissus“. Było to więc niejako przewlekłe ropienie w połączeniu z martwicą skrzepną (nekrozą koagulacyjną) tkanek. W środku guzków znajdowały się drobnoustroje, barwiące się w skrawkach tylko metodą Löfflera. W r. 1888 Charrin i Roger[4]) otrzymali z wrzekomogruźliczych ognisk wątroby i śledziony świnki morskiej małe, ruchliwe (?) prątki, przez przeszczepienie których na króliki, świnki morskie i myszy, zdołali wywołać u tych zwierząt takie same zmiany. W tymże roku Dor[5]) wykrył podobny prątek u królika i, ze względu na jego morfologiczne własności, nazwał go „streptobacillus“, a w roku 1889 Nocard[6]) opisał również u królika chorobę, która anatomicznie i bakteryologicznie była identyczną z gruźlicą wrzekomą Charrin-Rogera i Dora, jak to z badań porównawczych, przeprowadzonych przez autora, wynikło. Dalsze spostrzeżenia w tym względzie zostały podane przez Granchera i Ledoux-Lebarda[7]), którzy wywołali zmiany, odpowiadające gruźlicy wrzekomej, u królików, świnek morskich i myszy, zaszczepiając tym zwierzętom przesącze przez ziemię czystych hodowli prątka Kocha. Następnie Legrain[8]) wykrył podobny prątek, wszczepiając królikom pod skórę brzucha plwociny gruźlicze, a w dalszym ciągu Pfeiffer[9]), Zagari[10]) i Parietti[11]) podali dość dokładne opisy drobnoustrojów, wywołujących gruźlicę wrzekomą u zwierząt. Preisz[12]), który miał możność porównawczego zbadania mikrobów, dostarczonych mu przez Nocarda i trzech ostatnio wymienionych autorów, dowiódł ich zupełnej identyczności pod każdym względem, a te jego badania potwierdził w r. 1896 E. Delbanco[13]). Przyczyną zmian wrzekomogruźliczych u gryzoniów były tu zawsze grube prątki, o brzegach zaokrąglonych, nieraz bardzo krótkie tak, że kształtem zbliżone do ziarniaków, nieruchome, niekiedy parami lub w łańcuchy ułożone, łatwo barwiące się w hodowlach zwykłymi alkalicznymi barwikami anilinowymi, trudno natomiast w skrawkach, nie barwiące się metodą Grama, ani Gram-Weigerta, nie rozpuszczające żelatyny, o hodowlach podobnych do hodowli „bacterium coli commune“, lecz nie wywiązujących gazów na pożywkach płynnych cukrzanych.

Wszystkie te drobnoustroje, przez rozmaitych wyżej wymienionych autorów opisane, uznane zostały bądź przez samych autorów za identyczne z ziarniakami Malasseza i Vignala, bądź też tożsamość ich przez innych była stwierdzoną. Niektórzy też opisują je pod ogólną nazwą „bacillus pseudotuberculosis Pfeifferi“, drudzy „streptobacillus Dori“, inni wreszcie proponują dla nich nazwę „bacillus pseudotuberculosis rodentium“, gdyż prątki o podobnych własnościach wykryte zostały li tylko u gryzoniów.

Jednakże w innych przypadkach gruźlicy wrzekomej niektórzy bakteryologowie zdołali wyosobnić rozmaite inne prątki, różniące się od poprzednich bądź to odmiennem wejrzeniem hodowli, bądź to swem właściwem działaniem zabój-

czem na zwierzęta tylko pewnego gatunku, czy też wreszcie swą ruchliwością, aczkolwiek badanie na rzęski albo nie było przeprowadzane, albo dawało wynik ujemny.

Nie tu miejsce szczegółowo opisywać i przedstawiać poszczególne różnice rozpoznawcze między tymi drobnoustrojami i tylko jedynie, by dać choćby ogólne pojęcie o morfologicznych i biologicznych własnościach prątka gruźlicy wrzekomej, zatrzymaliśmy się nieco dłużej nad poprzednio opisanym prątkiem Pfeiffera. Dla pragnących zaś bliżej tą sprawą zająć się, podajemy w końcu tablicę porównawczą wszystkich znanych dotychczas prątków gruźlicy wrzekomej. Tu tylko zaznaczymy, że, oprócz wymienionego, istnieje jeszcze kilka odmiennych rodzajów, a opisane one zostały, idąc w porządku chronologicznym, przez Courmonta[14]), Manfrediego[15]), Kitta[16]), Preisza[17]), Du Coaza Vieullarda[18]), Kutschera[19]) Schimmelbuscha[20]), Rabinowitscha[21]) i wielu innych. Prawdopodobną jednak jest rzeczą, że szereg ten nie został jeszcze zamkniętym i z biegiem czasu do opisanych przybędzie liczny zastęp nowych. W końcu roku zeszłego i nam udało się wykryć przy sekcyi świnki morskiej, która wykazywała zmiany właściwe gruźlicy wrzekomej, prątka, który pewnemi własnościami wyróżnia się od dotychczas znanych w literaturze. Szczegółowy jego opis pomieszczamy nieco dalej.

Podając w krótkich zarysach historyę gruźlicy wrzekomej, pomijamy te wszystkie inne przypadki zmian wrzekomogruźliczych, spotykanych na stole sekcyjnym, które sprowadzone zostały czy to działaniem pewnych środków chemicznych (rtęć, kantarydy, widłak (Lycopodium) i t. d.), czy też wywołane przez wyższe pasorzyty (distomum i inne robaki), czy też wreszcie przez grzybki, jak kropidlak (aspergillus) i cladothrix, gdyż uznajemy za zupełnie słuszne zdanie Ploncarda, że za gruźlicę wrzekomą należy uważać chorobę zakaźną, której bezpośrednią przyczynę stanowią drobnoustroje.

Teraz z kolei wypada nam się zastanowić nad pytaniem, czy rzeczywiście zmiany anatomiczne, spostrzegane w gruźlicy wrzekomej są tak podobne do gruźliczych, że nietylko usprawiedliwiają nazwę samej choroby, lecz i upoważniły nawet niektórych autorów (Ledoux-Lebard) do oznaczenia jej mianem „gruźlicy Malasseza“ w odróżnieniu od „gruźlicy Kocha“. Spotkaliśmy już pod tym względem dwa wręcz odmienne zdania, wypowiedziane z jednej strony przez Malasseza i Vignala, którzy zmiany wrzekomogruźlicze uznali za identyczne z gruźliczemi, z drugiej — przez Chantemessa, który uważał je w przypadku przez siebie opisanym za przewlekłe ropienie, połączone z martwicą skrzepną (nekrozą koagulacyjną) tkanek. Kilkanaście lat minęło już od czasu, gdy poglądy te poznał świat naukowy, lecz i dotychczas sprawa nie została jeszcze dostatecznie wyjaśnioną. Wszyscy, którzy mieli kiedykolwiek możność spostrzegania gruźlicy wrzekomej, zgodnie wypowiadają zdanie, że zmiany makroskopowe, napotykane w rozmaitych narządach u zwierząt, są tak łudząco podobne do gruźliczych, że oko najwprawniejszego anatoma nie jest w stanie ich odróżnić. Jedynie większe niekiedy wystawanie guzków ponad powierzchnię śledziony, barwa więcej biała guzków wątroby i istnienie obok postaci prosówkowych dwóch lub trzech gruzełków o znaczniejszej objętości, jak również zajęcie przeważające narządów jamy brzusznej w porównaniu z płucami, które zwykle wcale lub bardzo małe wykazują zmiany, pozwalają domyślać się choroby, z którą ma się do czynienia. Inaczej rzecz się ma co do budowy histologicznej guzków; — tu już niema tej zgodności poglądów i zdania autorów wielce od siebie się różnią. Jedni jak Pfeiffer, Preisz i Delbanco skłonni są więcej uważać zmiany, określające powstanie guzków, za identyczne ze zmianami anatomicznemi, które wywołuje jad nosacizny, t. j. za ropne rozpłynięcie ognisk martwiczych. Ciż sami autorowie zaprzeczają stanowczo istnienia w gruźlicy wrzekomej tworów olbrzymich Langhansa. Inni zaś, jak Nocard, Zagari, Apostolopulos, nie znajdują żadnej różnicy w budowie histologicznej gruzełków prawdziwych i wrzekomych i przyznają obecność w tych ostatnich tworów olbrzymich. W ostatnich czasach Woronow i Siniew[22]) przypuszczają, na zasadzie swych badań, że zmiany anatomiczne w gruźlicy wrzekomej są różne, zależnie od gatunku zwierzęcia, dotkniętego tą chorobą. Tak np. u kur autorowie ci znajdowali w guzkach wrzekomo-gruźliczych ogromną ilość komórek olbrzymich, u świnek morskich komórki te więcej miały charakter fagocytów, a u królików znajdowały się one tylko na obwodzie ognisk martwiczych. Ogniska te przytem składały się z pojedyńczych, niejednakowo barwiących się brył, a nie z ziarnistej masy, jak to ma miejsce w gruźlicy prawdziwej. Już sama ta sprzeczność zdań nader poważnych zresztą i sumiennych badaczy świadczy o nadzwyczajnej trudności rozstrzygnięcia na zasadzie nawet histologicznej budowy, czy ma się w danym przypadku do czynienia z gruzełkiem prawdziwym, czy też wrzekomym. Należy tu bowiem uwzględnić nie tylko sam obraz drobnowidowy, jako taki, lecz i pochodzenie komórek, składających dany twór i stopniowe okresy rozwoju zmian anatomicznych pod wpływem danego prątka powstałe i przyczyny wreszcie bezpośrednie tych zmian. Tak np., należałoby właściwie zbadać, czy komórki przybłonkowate pochodzą w gruzełku wrzekomym z śródbłonków, czy najpierw powstaje rozplen (proliferacya), a dopiero później martwica pierwiastków tkankowych, czy martwica jest następstwem zatoru naczyń, a nie następstwem bezpośredniego działania prątka i t. d.; co wszystko, przynajmniej według niektórych autorów (Kockel), ma miejsce w gruźlicy. A ponieważ tego rodzaju pytania są niezmiernie trudne do rozstrzygnięcia i wogóle tylko przy zmianach zupełnie świeżych możliwe do zbadania, rzadko więc kto będzie mógł się kusić w jakimś poszczególnym przypadku postawić właściwe rozpoznanie na mocy zmian drobnowidowych, gdyby nawet różnica w budowie gruzełków prawdziwych i wrzekomych rzeczywiście istniała.

Co do przebiegu klinicznego gruźlicy wrzekomej, to nie przedstawia on nic charakterystycznego, a jest poczęści zależnym od rodzaju zwierzęcia zakażonego, od miejsca zaszczepienia i od ilości wprowadzonego zarazka. Najłatwiej stosunkowo ulegają chorobie świnki morskie i u nich, jako najpierwszy objaw, występuje nieraz zapalenie spojówek, pojawia się niekiedy biegunka, brak oddziaływania na bodźce zewnętrzne, utrudnienie oddechania, porażenia kończyn i wreszcie śmierć w drgawkach. Czasami występuje gorączka z torem przerywanym. Niekiedy jednakże brak wszelkich, dających się dostrzedz zmian, a mimo to śmierć przy spadku ciepłoty do 36° C. następuje. Króliki, które więcej są odporne na działanie zarazka, nigdy prawie nie robią wrażenia

chorych, mimo daleko nieraz posuniętych zmian anatomicznych, jak o tem przekonywa sekcya, dokonana po samoistnej śmierci lub zabiciu zwierzęcia. Najszybciej stosunkowo padają zwierzęta po wprowadzeniu czystej hodowli prątka gruźlicy wrzekomej do żył; już zwykle po 2 — 4 dniach następuje wtedy śmierć bez żadnych zresztą widocznych zmian makroskopowych, z mikroskopowemi jednak gruzełkami na trzewach. Przy podskórnem wprowadzeniu powstaje śmierć zależnie od ilości zarazka albo w kilka dni, bez widocznych zmian przy sekcyi, prócz obrzęku podskórnego w miejscu szczepienia, albo po 8—10 dniach, przedstawiając obraz gruźlicy prosówkowej narządów jamy brzusznej. Przy podotrzewnowem zaszczepieniu daje się stwierdzić przy sekcyi puchlina brzuszna, zapalenie otrzewnej i zrosty łącznotkankowe między trzewami, pokrywające zwykle w zupełności guzki. Przy wprowadzeniu drobnoustrojów do przewodu pokarmowego powstają zwykle dwie postacie gruźlicy wrzekomej, zależnie od ilości zarazka: przy większej ilości—postać ostra, odpowiadająca gruźlicy prosówkowej rozsianej, — przy mniejszej — przewlekła, zbliżona obrazem anatomicznym do zwykłej guzkowej postaci.

Tak więc widzimy, że ani zmiany anatomiczne, ani mało charakterystyczny przebieg kliniczny, nie dają nam możności odróżnienia gruźlicy wrzekomej od prawdziwej. Jedynie więc badanie na prątki Kocha z wynikiem ujemnym, przeszczepianie na zwierzęta ognisk podejrzanych i wyhodowanie właściwych drobnoustrojów, wywołujących zawsze jedne i te same zmiany anatomiczne, daje nam możność określenia, że ma się w danym przypadku do czynienia z gruźlicą wrzekomą, a nie prawdziwą.

Jeżeli teraz przyjmiemy pod uwagę, że gruźlica wrzekoma Malasseza i Vignala została otrzymaną z guzka, znajdującego się na przedramieniu dziecka, zmarłego na zapalenie gruźlicze opon mózgowych, że Chantemesse wywołał tę chorobę przez wszczepienie świnkom morskim waty, przez którą przepuszczono powietrze z sal gruźliczych, a Legrain przez przeszczepienie plwocin z chorego, dotkniętego gruźlicą.—że wreszcie Ledoux i Lebard nawet z przesączów czystych hodowli prątka Kocha zdołali wywołać u zwierząt gruźlicę wrzekomą, to mimowoli, wobec tych faktów, nasunie nam się myśl o istnieniu pewnego związku między temi dwiema chorobami. Czyż rzeczywiście związek ten istnieje? W danych przypadkach możliwemi byłyby tylko dwie ewentualności do uwzględnienia: albo nastąpiło przypadkowe zanieczyszczenie, wtargnięcie drobnoustrojów gruźlicy wrzekomej do produktów gruźlicy prawdziwej, przeszczepianych na zwierzęta, albo też, że prątek gruźliczy uległ jakiemuś przeobrażeniu pod wpływem zmienionych, przypuśćmy, warunków otoczenia. Możnaby jeszcze myśleć tu o symbiozie, współżyciu obydwu tych prątków; jednak badania bakteryologiczne, przeprowadzone w sprawie zakażeń mięszanych przy gruźlicy (Cornet, Spengler), możliwość tę usuwają. Znajdowano tu rozmaite inne drobnoustroje, przeważnie gronkowce, niekiedy prątki, jednakże obecności prątka gruźlicy wrzekomej nigdy nie stwierdzono. Co do innych zaś dwóch przypuszczeń, wypowiedzianych poprzednio, drugie musimy stanowczo odrzucić, jakkolwiek na razie mogłoby się wydawać racyonalniejszem. W całej bakteryologii nie mamy przykładu tak zasadniczej przemiany. Jeden tylko A r l o i n g dla łańcuszkowca ropnego, a F e r r a n dla prątka gruźlicy, usiłowali udowodnić pewnego rodzaju przeobrażenie, zastosowując zmienione pożywki; doświadczenia ich jednak przez nikogo stwierdzonemi dotychczas nie zostały. W danym zaś przypadku i morfologiczne właściwości prątka gruźlicy wrzekomej, i wzrost na pożywkach i zachowanie się względem barwików, wogóle cała biologia tak są odmienne, tak różne od podobnych własności prątka Kocha, że o przeistoczeniu jakiemś mowy być nie może. Tylko zmiany anatomo-patologiczne są podobne, czy też identyczne, te jednak, jak wiadomo, nie stanowią obecnie w gruźlicy takiego kryteryum rozpoznawczego, na mocy którego możnaby przyjmować stanowczą tożsamość przyczyn je wywołujących. Pozostaje więc tylko druga możliwość, że w przypadkach pomienionych autorów nastąpiło przypadkowe zanieczyszczenie. W ten sposób stosunek prątka gruźlicy wrzekomej do prawdziwej jest tylko pozorny, a mamy tu zawsze do czynienia z chorobą zakaźną *sui generis*, nadzwyczaj pośród zwierząt rozpowszechnioną tak, że nietylko u wszystkich prawie ssaków została ona opisana, lecz u kur i innych ptaków. W jaki sposób następuje naturalne zakażenie, trudno osądzić Z doświadczeń Pfeiffera, u którego zwierzęta padały wogóle wcześniej po sztucznem wprowadzeniu jadu przez przewód pokarmowy, aniżeli inną drogą, wynikałoby, że pierwsza droga jest najprawdopodobniejsza. Inni autorowie jednakże otrzymywali w tym względzie wyniki zmienne tak, że na razie rzecz sama musi pozostać niewyjaśnioną.

(Dokończenie nastąpi).

II. Krótki pogląd na dzisiejszy stan bakteryologii chorób spojówki i rogówki

podał

Dr. Kazimierz Jarnatowski (Wrocław).

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Jaglica *(Trachoma)*. Dotychczas nie odkryto drobnoustroju wywołującego jaglicę, mimo to nie ulega najmniejszej wątpliwości, że jaglicze zmiany spojówki są skutkiem działania bakteryj. Przemawiają za tem zaraźliwość tej choroby, dzisiaj wprawdzie już w niektórych tylko okolicach panującej endemicznie. Znane są epidemie w wojsku francuskiem na początku tego stulecia.

Chorobą tą zajmowano się bardzo wiele, literatura jest bardzo obfitą; niestety żadne badania nie przyniosły dodatnich wyników. Znaleziono wprawdzie drobnoustroje w postaci dwoinek (pseudogonokokków) (S a t t l e r, M i c h e l R ö h l m a n n, P o n c e t, K o u c h a r s k i, P e t r e s c o, S c h m i d t, S t a d e r i n, F u l t o n, W i l b r a n d, S ä n g e r, S t a e l i n), które nie zabarwiają się sposobem Grama i tem się różnią od dwoinek Neissera, znaleziono prątki (K o c h, H i r s c h b e r g, K r a u s e K a r t u l i s, S c h o n g o l o w i t s c h i t. d.) z których wyżej opisany prątek Koch-Weeka, znaleziony przez Kocha w tak zw. egipskiem zapaleniu oczu i sprowadzający, jako taki, ostre zapalenie spojówki bez tworzenia się ziarn jagliczych, jakąś zdaje się grać rolę, znaleziono w ostatnim czasie prątki małe, podobne do prątków grypy (M ü l l e r), lecz żadnemu z tych drobnoustrojów nie można przypisać wywoływania jagliczych zmian spojówki. Znalezione w jaglicy *mikrosporon furfur* (K a p o s i, N o i s z e w s k i), *streptotrix Foersteri* (C a z a l i s) nie mają żadnego przyczynowego

znaczenia. Ottawa uważa jaglicę za pewien rodzaj sprawy rzeżączkowej, lecz dwoinek rzeżączkowych nie udało mu się wykazać. Inni jak Cazalis pod kierunkiem Trucaw swej rozprawie doktoryzacyjnej (Montpellier) nie mogąc żadnemu z znalezionych drobnoustrojów przypisać roli przyczynowej, twierdzi, że „il n'y a pas de microbe special au trachom“ i że rozmaite bakterye pod pewnymi warunkami na mocy jakiejś skłonności ustroju zapalenie to wywołać mogą.

Mimo, że doświadczalnie podobno się udało Schongolowitschowi wywołać jaglicę u zwierząt, zagadnienia bakteryologiczne jaglicy dzisiaj jeszcze nie są rozwiązane. Prawdopodobnie rozmaite bakterye razem dostawszy się do spojówki mogą wywołać zmiany jaglicowe.

Prątek błoniczy Klebs-Löfflera. Pojęcia błonicy i krupu w znaczeniu, podanem przez Virchowa, uległy zmianie przez wykrycie prątka błoniczego Loefflera w roku 1884. W dzisiejszym stanie bakteryologii między jedną i drugą sprawą chorobową nie można etyologicznie robić różnicy. Tyczy się to nie tylko krtani, lecz i spojówki oka. Dawniej odróżniano zapalenie spojówki błonicze (dyfterytyczne) i błoniaste (krupowe) podług tego, czy zmiany chorobowe były głębsze t. j. czy następowała nekroza powierzchownych pokładów spojówki, lub też, czy te ostatnie nie obumierały, a tylko pokryte były błonami. Do błonicy oka zaliczano tylko głęboko sięgającą nekrozę spojówki, powikłaną ciężkiem owrzodzeniem rogówki.

Po wynalezieniu prątka błonicy przez Loefflera w błonicy gardła, udało się Babesowi w roku 1886 stwierdzić jego obecność także w zapaleniu błoniczem (dyfterytycznem) (w znaczeniu pierwotnem) spojówki. Lecz i w tak zwanem krupowem zapaleniu spojówki znaleziono 1891 owe znamienne prątki. Gallemärts (z kliniki Coppeza 1891) był pierwszym; potem podano liczne potwierdzenia spostrzeżeń Gallemärtsa (Morelli, Woods, Fraenkel, Uhthoff, Sourdille, Schirmer, Vossius. A więc stwierdzono, że i zapalenie błoniaste *(pseudomembranacea)* spojówki nietylko, że może być, lecz że nawet bardzo często bywa wywołane przez prątki Loefflera. Co więcej z tą lżejszą, błoniastą postacią zapalenia znacznie się częściej spotkać można, jak z ową cięższą. Co jest powodem, że ten sam prątek raz wywołuje lekkie błoniaste, drugi raz cięższe dyfterytyczne zapalenie, nie wiadomo. Wecker i Mooren odnoszą to do stosunków klimatycznych i metereologicznych. Inni jak Moritz, v. Gerke i Klain, Escherich rozróżniają dwie postacie prątków: krótsze i w pewny sposób uporządkowane, i dłuższe bez żadnego stałego układu. Ostatnie mają być najżywotniejsze i mają wywoływać najcięższe formy zapalenia. Lecz i tutaj dowiedli Sourdille, Evetzky, Derby, Morax, Coppez, że w tych cięższych przypadkach przeważnie pojawiały się te krótsze prątki. Upada więc i to przypuszczenie. Również nie zadowalnia wyjaśnienie Wassermanna, który szuka przyczyny w swoistem usposobieniu (dyspozycyi). Oprócz zapaleń błoniczych prawdziwych i błoniastych wywołać mogą prątki Loefflera także postać nieżytową, zwłaszcza podczas epidemii błonicy. Spojówka jednego oka może przedstawiać obraz zapalenia błoniastego, spojówka drugiego tylko nieżytowego, chociaż w spojówkach obu öcz można wykazać prątki błonicze. Liczne takie spostrzeżenia podano w literaturze, jak Sourdille, Uhthoff, Aubineau, v. Hippel, Pichler, Coppez.

Zresztą nadmienić trzeba, że i w spojówce zdrowej znajdują się owe prątki, posiadające pełną swą żywotność. Coppez znalazł je, podczas gdy jedno oko uległo błonicy, w spojówce oka drugiego, Pichler u przybywających z choremi dziećmi. Jeszcze po ustąpieniu zapalenia prątki te w spojówce pozostają czas pewien, co również odnosi się do błonicy gardła i krtani, jak to Loeffler i Hofmann dowiedli; wskutek tego może później nastąpić nawrót, co niektórzy, jak Uhthoff, w ten sposób sobie tłómaczą, że przez chorobę stworzoną została pewna odporność na jakiś czas, a gdy ta osłabnie, prątki znowu mogą zacząć działać.

Valude, Hulme, Arlt, Guibert, Heymann, Jules, Mason, Jofe, Terson (fils) Coppez zwłaszcza ostatni zestawił wszystkie poniżej opisane przypadki), opisali także przewlekłe i często się powtarzające zapalenie błoniaste. Postać ta jest bardzo rzadką i tylko w niektórych przypadkach można ją przypisać wpływom prątka Loefflera. Znaleziono bowiem w tych zapaleniach gronkowce oraz prątki podobne do Loefflerowskich, lecz nie mające właściwości chorobotwórczych dla zwierząt.

Zresztą nie sam tylko prątek Loefflera wywołuje błonicze (dyfterytyczne) i błoniaste zapalenia; te same wpływy etyologiczne posiadają inne bakterye, jak gronkowce, pneumokokki, a przedewszystkiem paciorkowce. Przytem znaleziono także i inne dwa prątki bardzo do prątka Loefflera podobne, tak zw. prątek pseudodyfterytyczny i prątek (xerozy) zeskórnienia spojówki, którym atoli nie można przypisać roli chorobotwórczej.

Co się tyczy przebiegu choroby, to skojarzenia innych drobnoustrojów z prątkami błonicy zdają się nie wywoływać zapaleń cięższych (Sourdille, Uhthoff, chociaż z drugiej strony liczni autorowie, jak Belliard, Pichler, Coppez, utrzymują, że przebieg zapalenia, wywołanego przez sam tylko prątek Loefflera, jest daleko lżejszy i szybszy.

Ponieważ strona bakteryologiczna tych zapaleń, jak i wogóle badania, tyczące się prątka pseudodyfterytycznego (Loeffler-Hofmana) i prątka zeskórnienia (xerozy) bardzo wiele w ostatnim czasie nabrały rozgłosu, niechaj mi będzie wolno w krótkości lecz dokładniej tymi drobnoustrojami się zająć.

Zanim Loeffler odkrył prątki błonicze w roku 1884, oftalmolodzy spostrzegali już podobne prątki w spojówce, którym przypisywali powstawanie tak zw. zeskórnienia (*Xerosis*). Trochę później Loeffler sam i zdaje się przed nim jeszcze Hofmann[65]) opisał podobne zupełnie prątki, znalezione w jamie ustnej, lecz tem się różniące od prawdziwych, że zaszczepione zwierzętom nie wywoływały żadnych zmian chorobowych ustroju. Była to dotychczas jedyna różnica. Zarnicko, Beck, Klein, Goldscheider, Koplik, Biggs, Park, Escherich, potwierdzili powyższe spostrzeżenia. Również w nosie znaleziono je (v. Besser), i prawdopodobnie były to takie same, jakie znaleźli Gerber, Podack i Ravenal w *rhinitis membranacea.* Trzy więc podobne opisano prątki: Loefflera prawdziwy, prątek błoniczy wrzekomy (pseudodyfterytyczny) i prątek »*Xerosis*«. Jaki jest między nimi stosunek? Są-żto drobnoustroje zupełnie od siebie odmienne, czy też jest to jeden i ten sam prątek, znajdujący się w rozmaitych okresach rozwoju lub przybierający w pewnych warunkach bytu odmienne właściwości biologiczne? Wielka liczba autorów skłania się do utożsamienia prątka zeskórnienia (xerozy) z prątkiem wrzekomo—błoniczym, podczas gdy wszyscy prawie robią chwilowo różnicę między prątkiem błoniczym i wrzekomo-błoniczym (pseudodyfterytycznym).

Co się tyczy najpierw zagadnienia, czy prątek zeskórnienia (xerozy) i pseudodyfterytyczny są jednym i tym samym prątkiem, to Flügge, uważa je za jedne i te same, również Schatz, Franke

dochodzi do innych wyników o tyle, że czyniąc różnicę między prątkami rzekomo-błoniczymi oka i krtani twierdzi, na mocy swych badań, iż jest wprawdzie różnica między prątkiem zeskórnienia (»xerozy«) i prątkiem pseudodyfterytycznym oka. lecz nie ma jej między tym pierwszym i prątkami wrzekomo—dyfterytycznymi krtani. Innego zdania jest Axenfeld. Znalazł on stałe różnice, okazujące się w hodowli, między prątkami xerozy i prątkami pseudodyfterytycznymi krtani (nie rozróżnia on bowiem prątka pseudodyfterytycznego oka i krtani, jak Franke), lecz mimo to uważa je tylko za dwie trochę odmienne postacie jednego i tego samego gatunku drobnoustrojów, spowodowane odmiennymi warunkami bytu.

Rozchodzą się więc zapatrywania w tej sprawie. Dopiero przyszłe badania mogą rozpręszyć te niepewności. Chwilowo trzeba się zatem liczyć z trzema drobnoustrojami: α) prątkiem Loefflera-Klebsa prawdziwym, β) prątkiem Loeffler-Hofmanna wrzekomo błoniczym i γ) prątkiem zeskórnienia (xerosis).

Różnice między prątkiem *Xerosis* i prątkami Loeffler Hofmanna poddane przez Axenfelda przytaczam poniżej:

Pożywka	Tak zw. prątki »*Xerosis*«	Prątki Loeffler-Hofmanna pseudodyfterytyczne
Agar	Rosną bardzo wolno i rzadko, czasami dopiero po 2 lub 3 dniach. Kolonie są mętne, suche i z trudnością dają się zdjąć z pożywki	Rosną prędzej i obficiej, tworząc wilgotnie wyglądające, białe, błyszczące kolonie, które z łatwością się dają zetrzeć z pożywki
Żelatyna	Nie rosną wcale przy 18 stopniach	Rosną dość obficie przy 18 stopniach
Bulion	Bulion zazwyczaj nie mętnieje; na ścianach i dnie szkła osadzają się delikatne małe strzępki. Stopień zasadowości nie jest większy	Bulion staje się prędko mętnym; liczny osad na dnie; stopień zasadowości (Alkalescenz) większy
Surowica krwi	Rosną znacznie obficiej. jak na agarze, ale jecze względnie wolno. Kolonie sucho wyglądające	Znacznie obficiej rosną i tworzą wilgotniej wyglądające kolonie. Rosną prawie tak prędko, jak prątki błonicze Klebs-Loefflera

Nadmienić chciałbym, że przypisywano działaniu tych ostatnich zarazków *Keratitis ulcerosa chronica* (Pflüger) i Chalazion (Deyl), lecz jest to mylnem.

W jakim stosunku stoją prątki błonicze do pseudodyfterytycznych? Oto wszyscy prawie przyjmują różnice i to następujące: najważniejszą różnicę znaleziono w jadowitości prątka błoniczego prawdziwego. Drugą różnicę stanowi sposób barwienia Neissera, polegający na tem, że po zabarwieniu preparatu przez 1—3 sekund octowym roztworem błękitu metylenowego (1 gr. błękitu metylenowego rozpuszcza się w 20 ccm. 96% alkoholu, dodaje się 950 destylowanej wody i 50 ccm. *acidi acetici glacial.*), opłukaniu wodą i podbarwieniu wezuwiną (Bismarkbraun) w brunatnozabarwionych prątkach znajdują się zwykle na obu końcach ciemno-niebiesko ubarwione punkciki (ciałka Ernsta czasami i więcej jak dwa). Są to właściwości prawdziwego błoniczego prątka Loefflera, atoli hodowle nie powinny być starsze jak 9—24 godzin; natomiast wrzekomo—błonicze prątki nie posiadają w tym czasie lub wogóle zupełnie zabarwionych ciałek Ernsta, lub, jak z niektórych stron doniesiono, okazują tę właściwość dopiero po 24 godzinach. Sposób ten, jakkolwiek o krok cały posunął rzecz naprzód i umożliwił rozpoznawanie błonicy bez doświadczenia na zwierzęciu, które zabiera kilka dni czasu, tylko wtenczas jednakże jest pewnym, jeżeli pożywka z surowicą krwi jest odpowiednio przyrządzoną. Spostrzeżenia Neissera potwierdzono ogólnie. Podawano jeszcze inne różnice hodowli i postaci, lecz te nie są stałe, tak, że żadnych wniosków na nich opierać nie można. Również i to, że w bulionie prątki prawdziwe Loefflera wytwarzają kwas, czego nie czynią pseudodyfterytyczne, nie może, jak się okazało, stanowić rozpoznawczej wskazówki.

Najwięcej znaczenia posiadają pierwsze przezemnie podane różnice, ale i te znowu, zwłaszcza pierwsza, stała się niepewną. gdyż zwrócono uwagę (Roux i Yersin), że przez równoczesne zaszczepienie paciorkowców z prątkami wrzekomo-błoniczymi, te ostatnie również nabywają jadowitości, tak jak prątki prawdziwe i na odwrót, że jadowitość prawdziwych prątków błoniczych może zaniknąć. Gdyby doświadczenia te zostały potwierdzone i doprowadziły do wyników dodatnich, upadłaby i ta różnica.

W ustroju ludzkim zmiany chorobowe wywołują prątki Loefflera, nie wywołują zaś zmian prątki pseudodyfterytyczne. Dowiedziono zresztą, że wrzekomo-błonicze prątki rozmnażają się w ustroju ludzkim, czego nie czynią w zwierzęcym, tak że nie można ich uważać za zupełnie obojętne.

Prątek Loefflera warunkowo tylko jest zaraźliwym dla spojówki, gdyż potrzebne są pewne czynniki usposabiające, jak małe ranki, lub pryszczyki, lub choroby całego ustroju np. ospa, żarnice itd. Leczniczo używano wstrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej, nie tylko w przypadkach rozpoznanych na pewno, lecz i w wątpliwych. Oczywiście na wrzody rogówki powstałe w przebiegu błoniczego zapalenia spojówki, a wywołane po większej części przez inne bakterye, surowica ta wpływu mieć nie może, lecz użyta wcześnie stanowi ochronę dla rogówki; stosuje się ją wówczas z tej wychodząc zasady, że jady (toksyny) prątka Loefflera wywierają na rogówkę wpływ szkodliwy i usposabiający i ułatwiają powstanie wrzodu. Coppez wstrzykiwał surowicę krwi pod spojówkę.

Prątek okrężnicowy *(Bacterium coli commune).* Dotychczas prątkowi temu nie przypisywano żadnej roli przyczynowej w chorobach spojówki. W ostatnich sprawozdaniach jak np. Uhthoffa nie jest on wcale wymieniony. Uhthoff sam wprawdzie dowiódł jego obecności w zapaleniach worka łzowego *(dacryocystitis)* i jemu przypisuje powstawanie tej sprawy, ale nie wspomina nic o roli przyczynowej tego prątka w chorobach spojówki. Axenfeld również wykrył go w zapaleniach worka łzowego. Wogóle wcale nie tak rzadko zdaje się on być powodem właśnie chorób narządu łzowego.

Mnożą się atoli wzmianki o zapaleniach spojówki, wywołanych przez ten drobnoustrój. Taylor i Axenfeld zrobili te spostrzeżenia. Groenouw, który wyniki swych badań na zjeździe oftalmologicznym w Heidelbergu, mającym się odbyć w sierpniu 1898, ma zamiar przedstawić, spostrzegał 5 przypadków zapaleń spojówki, spowodowanych li tylko przez *bacterium coli*, u noworodków w tak zw. śluzotoku *(blenorrhöe)* o czem jej wyżej wspomniałem.

Ja sam znalazłszy w poliklinice uniwersyteckiej kliniki ocznej w Wrocławiu wyłącznie ten tylko prątek w zapaleniu nieżytowem z śluzowo-ropnemi wydzielinami u osoby starszej, jemu przypisać je jestem zmuszony, lecz nadmieniam, że u tej chorej istniało przewlekłe zapalenie worka łzowego. Jest więc jeszcze wątpliwem, czy drobnoustrój ten dostawszy się do zdrowej zupełnie spojówki starszych zapalenie jej wywołać może. Wprawdzie nie spostrzegano go, o ile mi wiadomo, nigdy w zdrowej spojówce. Może dopiero wtenczas

wywiera on wpływ szkodliwy, potęgując zapalenie spojówki, gdy się dostanie do spojówki, która już wskutek cierpienia narządu łzowego jest zajęta. Zadowalniając się powyższemi wzmiankami, należy czekać wyników obszerniejszych badań.

Zapalenie rogówki. Jakkolwiek badania bakteryologiczne w owrzodzeniach rogówki do bardzo cennych doprowadziły wyników, to mimo to nie mają one tyle praktycznego znaczenia, co spostrzeżenia bakteryologiczne, poczynione w zapaleniach spojówki. W nowszych czasach bardzo wiele pracowano na tem polu. Babes, Braunschweig, Cuenod, Dinkler, Fuchs, Gillet de Grandmont, Gallenga, Guaita, Gasparrini, Hess, Michel, Morax, Nuel, Perles, Pflüger, Scimeni, Schanz, Sattler, Leber, Verdese, Widmack, Wagenmann, Coppez, Elschnig, Kalt, Neumann, Secondi itd. głównie się przyczynili do wyjaśnienia pewnych chorobowych zmian. Stwierdzono, że tyle drobnoustrojów znajdowało się w wrzodach rogówki bez jakiegośkolwiek charakterystycznego obrazu klinicznego choroby, iż rozróżnienie poszczególnych owrzodzeń na podstawie bakteryologicznej jest nie możliwe z wyjątkiem dwóch, to jest *ulcus serpens* (ropnia rogówki) i *keratitis aspergillina*.

Najważniejszym wynikiem badań jest dowód, którego dostarczyli Uhthoff i Axenfeld, że *Ulcus serpens* wywołany bywa przez dwoinki Fraenkel Weichselbauma (pneumokokki). We wszystkich przypadkach znaleziono prawie wyłącznie tylko te drobnoustroje. Gasparrini, Basso[17]) również spostrzegali to samo i od tego czasu spostrzeżenia te znalazły potwierdzenie w bardzo obfitej literaturze. Mimo, że nie udało się u zwierząt przez wtarcie pneumokokków lub cząstek wrzodowych *ulceris serpentis* w rogówkę wywołać typowego ropnia rogówki, trzeba jednakowoż tym zarazkom przypisać wywołanie tego ropnia. Leber podobno dawniej już spostrzegał te drobnoustroje, lecz nie udało mu się ich wyhodować. Jest więc regułą, że prawie w każdym typowym ropniu rogówki *(ulcus serpens)* wykazać można pneumokokki. Nie jest atoli wykluczone, że zarazki te w pewnych warunkach jak np. przy głębszych ranach rogówki lub równocześnie z innemi bakteryami, jak gronkowcami lub paciorkowcami, mogą wywołać odmienny obraz owrzodzenia rogówki, np. inaczej wyglądające zapalenie rogówki z naciekiem ropnym na spodzie przedniej komórki oka *(Hypopyonkeratitis)* itd.

Drugim charakterystycznym obrazem zapalenia jest owrzodzenie rogówki, wywołane przez kropidlaki *(Aspergillus fumigatus)* i to o tyle znamiennym, że owrzodziałe części rogówki obumierają i wypadają, tworząc zagłębienie (Leber), Uhthoff, Fuchs.

Ulcus serpens i *Keratitis aspergillina* są więc jedynemi typowemi sprawami, wywołanemi przez pewne swoiste zarazki, podczas gdy inne wrzody rogówki mogą mieć przyczynę, o ile dotychczas stwierdzono, w działaniu wszelkich innych drobnoustrojów. Znaleziono mianowicie następne drobnoustroje, jako przyczyny wrzodów rogówki:

a) Dwoinki Fraenkel-Weichselbauma,
b) Paciorkowce,
c) Gronkowce,
d) Prątek Pfeiffera (Loeb),
e) *Bacillus pyogenes foetidus*,
f) *Bacterium coli* (Randolph),
g) Prątek ropy błękitnej *(Bacillus pyocyaneus)* (Haab, Sattler),
h) Prątek podwójny (Morax, Uhthoff, Axenfeld).
i) Kropidlak *(Aspergillus fumigatus* (Leber, Fuchs, Uhthoff, Axenfeld),
k) *Bacillus ozaenae* (Terson, Gabrielides),
l) Prątek gruźliczy,
m) Prątek trądu.

Wszystkie te właśnie wymienione drobnoustroje dostają się na rogówkę pośrednio z sąsiednich części oka np. spojówki powiek, nosa, worka łzowego, jedynie kropidlak zdaje się przez bezpośrednie dostanie się na rogówkę wywoływać jej zapalenie, jak np. w owym przypadku, gdzie gruszka pokryta pleśnią spadając z drzewa musnęła rogówkę ogrodnika, w górę patrzącego.

U dzieci przypadków *keratitis aspergillosa* nie opisano; również i *ulcus serpens* u dzieci nie zdarza się, widocznie właściwości żywotne rogówki dziecięcej nie dopuszczają do zakażenia dwoinkami Fraenkel-Weichselbauma. Pryszczyki *(Phlycataenoe)* nie powstają wskutek działania znanych drobnoustrojów ropotwórczych.

Wyniki bakteryologicznych badań przyczyniły i przyczyniają się do zastósowania odpowiedniejszych środków leczniczych. Skreślenie terapii chorób spojówki i rogówki nie wchodzi w zakres tej pracy, nadmienię tylko, że zastósowano w zapaleniach błoniczych spojówki i rogówki także surowicę przeciwbłoniczą Behringa, której używać się powinno również i przypadkach zapaleń błoniastych, a więc natury wątpliwej, zwłaszcza, jeżeli badanie bakteryologiczne jest niemożliwe Podczas nagminnego panowania zapaleń spojówki konieczne jest badanie drobnowidowe. Znalazłszy w spojówce zarazki, nie będące bezwarunkowo zaraźliwymi, można ograniczyć się do łagodniejszych środków hygienicznych.

Co się tyczy *ulceris serpentis*, to pewność, że pneumokokki znajdują się przeważnie na brzegach ropnia, naprowadza na myśl przypalania (kauteryzacyi) brzegów ropnia, czem się w pierwszych okresach osiąga wyniki o tyle znakomite, że cała sprawa nie rozwija się dalej i przechodzi w okres gojenia.

Mimo przytoczonych wyników badań bakterylogicznych podział chorób spojówki, a tem mniej rogówki, na podstawie etyologicznej jest niedostateczny i dotychczas możliwy tylko na podstawie klinicznej.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. R. Spira. **Krwotoki uszne.** *(Osobne odbicie z „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“.* Z. 140, 141).

(Ciąg dalszy).

II. Krwotoki następowe: a) pozostające w związku przyczynowym z innemi chorobami. Stany zastoinowe w układzie naczyniowym narządu usznego mogą w różnych chorobach, szczególnie w nagłym i silnym wzroście parcia krwi, jak n. p. podczas kichania itd. wywołać pęknięcie naczynia w jamie bębenkowej i błonie bębenkowej. Takie przypady spostrzegano u osób tęgich, krwistych, dalej u osób, cierpiących na miażdżycę naczyń, rwę nerwu trójdzielnego, wady sercowe, chorobę Brighta, krztusiec, wreszcie u powieszonych itp. Krwotoki tego rodzaju są zwykle nieznaczne; mogą jednak być tak silne, że przebijają błonę

bębenkową i na zewnątrz się wylewają. W ogóle jednak nie przyjmują krwotoki takie nigdy większych rozmiarów i nie dają powodu do obaw.

b) Daleko częstsze i w pewnych warunkach daleko groźniejsze są te krwotoki uszne, które są **wywołane przez rozmaite zmiany chorobowe narządu słuchowego.** Jako pierwowzór krwotoków takich uchodzić mogą te, które są wywołane uklejami (polipami) w wewnętrznym przewodzie usznym i w uchu środkowem. One też przedstawiają najczęstszą przyczynę krwotoków usznych. W tych przypadkach zwykle równocześnie mamy do czynienia z ropotokiem usznym, przeto zdarza się często, że krwotoki takie są z ropą zmieszane. I te krwotoki zwykle nie są bardzo obfite; mogą się jednak często powtarzać, a czasami i silniej wystąpić tak, iż osoby niedokrewne i dzieci bardzo pod ich wpływem na zdrowiu podupadają.

Obok uklejów najczęstszą przyczynę krwotoków usznych stanowią sprawy próchnicze kości skroniowej. Sprawa próchnicza postępująca prowadzi często do nadżarcia naczyń różnego światła, podczas znów, gdy martwiak sprawić może swoimi ostrymi brzegami, bądź przez tarcie, bądź też przez nagłe uderzenie lub wstrząśnienie, — bezpośrednie uszkodzenie wielu naczyń krwionośnych. Ropa, zatrzymana w jamie bębenkowej, rozkładając się, działa macerująco najpierw na błonę śluzową, a w następstwie na poniżej leżącą kość, która gdzieniegdzie tylko w postaci cienkiej przegrody oddziela jamę bębenkową od dużych zbiorników krwionośnych. Że krwotoki takie stać się mogą nader niebezpiecznymi, łatwo się przekonać, jeżeli uwzględnimy sąsiedztwo ucha środkowego. Na dnie jamy bębenkowej znajdujemy opuszkę żyły jarzmowej (bulbus venae jugularis), ku tyłowi zatokę poprzeczną, ku przodowi i na wewnątrz przewód tętniczoszyjny (canalis caroticus). Wskutek powolnego, stopniowego nadżerania tych cienkich kostnych przegród, może przyjść do gwałtownego krwotoku usznego i to nagle i niespodzianie, często nawet bez widocznej przyczyny zewnętrznej.

Najniebezpieczniejsze są krwotoki z tętnicy szyjnej. Krwotoki te mogą w przeciągu krótkiego czasu śmierć sprowadzić. Daleko mniejsze znaczenie mają krwotoki, które występują w przebiegu ostrego zapalenia ucha i błony bębenkowej. Najczęściej spostrzega się je w przebiegu grypy (influenzy). Krwotoki uszne spotykamy częściej po przebiciu błony bębenkowej w ostrem zapaleniu ucha środkowego, szczególnie przy tak zw. *tympanitis haemorrhagica* i w przebiegu chorób zakaźnych. Przy obfitszych krwotokach z jamy bębenkowej część krwi dostaje się czasami przez trąbkę do gardła i powoduje plwociny krwawe. Przewlekłe zapalenia błony bębenkowej wywołują często wrzodziki i ziarniny na błonie bębenkowej i stają się w ten sposób powodem krwawego wypływu z ucha. Wypływ ten może zawdzięczać swój początek także zapaleniu ucha zewnętrznego, dalej kiłowym i innego rodzaju owrzodzeniom, nadto ziarninie, próchnicy i nowotworom, w szczególności nowotworom naczyniowym ucha zewnętrznego. Prócz tego zdarza się dość często, że zapalenia w sąsiedztwie, np. gruczołu przyusznego, gruczołów chłonnych podszczękowych po ich zropieniu, przebijają część chrzęstną zewnętrznego przewodu usznego i powodują wylanie się z ucha czystej ropy lub krwi z ropą zmieszanej. W podobny sposób mogą i nowotwory, a szczególnie nowotwory naczyniowe w sąsiedztwie spowodować wylew krwawy po przebiciu się do ucha zewnętrznego.

c) **Wpływy urazowe.** Urazy stanowią dość częstą przyczynę krwotoków usznych, i to tak urazy przypadkowe, jak i operacyjne. Urazy przypadkowe mogą uszkodzić narząd słuchu drogą bezpośrednią lub pośrednią. Do pierwszych należą urazy wywołane ostremi ciałami obcemi. Obce ciała ostrokanciaste, dostawszy się do jamy bębenkowej, ostre narzędzia kłójące, przemocą do ucha wciśnięte, mogą przejść przez kostną ścianę bębenkową, względnie błędnikową, i wywołać krwotok śmiertelny z tętnicy lub z żyły szyjnej wewnętrznej lub z jednej z zatok mózgowych.

Co do urazów pośrednich, wywołujących krwotok uszny, to tu w pierwszym rzędzie wspomnieć należy o pęknięciach błony bębenkowej, które jak to wiadomo, powstać mogą w następstwie różnorodnych przyczyn, wywołujących nagłe zgęszczenie lub rozrzedzenie powietrza w zewnętrznym przewodzie usznym, lub w jamie bębenkowej. Aspiracya powietrza z zewnętrznego przewodu usznego, co ma np. miejsce przy przebywaniu w przestrzeni z rozrzedzonem powietrzem, może wywołać krwawienia w uchu zewn nawet bez pęknięcia błony bębenkowej. Przez uderzenie lub upadnięcie na szczękę dolną mogą powstać urazowe uszkodzenia w ścianach przewodu ucha zewn., zawikłane uszkodzenia podstawy czaszki, powstałe przez urazy pośrednie, mogą się rozszerzyć na kość skroniową, błonę bębenkową i na przewód zewnętrzny. Przy ciężkich uszkodzeniach głowy, połączonych ze złamaniem podstawy czaszki, przychodzi zwykle do złamania stropu jamy bębenkowej, lub też całej kości ostrosłupowej w kierunku poprzecznym i skośnym, a w skutek tego mogą również być uszkodzone: błędnik, wyrostek sutkowy, przewód zewnętrzny, a w dalszem następstwie przyległe naczynia krwionośne, tętnica szyjna, zatoka skalista górna, zatoka poprzeczna itd. Czasami przychodzi wskutek wstrząśnięcia lub uszkodzenia głowy do oderwania części chrzęstnej przewodu od kostnej, lub też do przerwania części chrzęstnej w jej przedniej części i w takim razie może nastąpić silny krwotok żylny ze splotu żylnego w dołku pozaszczękowym, podczas gdy błona i jama bębenkowa mogą pozostać nietkniętemi.

Krwotoki uszne wywołane przez wspomniane urazy są zwykle lekkiego nasilenia i łatwo dają się zatamować, o ile oczywiście nie przyszło przypadkowo do uszkodzenia jakiegoś ważniejszego naczynia, lub znaczniejszej zatoki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Wyciągi.

M. **Wilms** (Lipsk): **O płodziakach * i płodziakowatych nowotworach jądra.** (*Ueber Embryome und embryoide Tumoren des Hoden*). (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* T. 49, z. I.) Autorowi powiodło się w swoim czasie wykazać, że w jajnikach występują dwie gromady nowotworów, ściśle określonych, które stale zawierają produkta wszystkich trzech listków zarodkowych, a zatem w ostatniej instancyi pochodzą z jednej komórki płciowej. Guzy te figurowały i figurują dotychczas w podręcznikach jako dermoidy, teratomata itd. Otóż Wilms wykazawszy ich jednolite pochodzenie, zbiera je w jedną gromadę proponując dla nich nazwę „płodziaków“ (embryomata). Charakterystyczną cechą tych guzów jest to, że powstają z zarodka płodu. Z komórki płciowej wytwarza się zarodek trójlistny; ten rosnąc wśród mało podatnej torebki (folliculus) wewnątrz jajnika, wskutek przeszkód wynikających z braku miejsca rozwija się w ten sposób, że tylko te tkanki, które bardzo wcześnie się różniczkują, tworzą główną część składową guza, a więc przedewszystkiem zewnętrzna blaszka zarodkowa i okolica głowy. Innych części albo zupełnie brak, albo znachodzą się tylko w bardzo ograniczonych rozmiarach.

Druga gromada (nowotwory płodziakowate) ma zupełnie to samo pochodzenie; różnica wszakże polega na tem, że podczas gdy w płodziakach wytwarza się poprostu **płód szczątkowy**, tutaj tkanki zarodkowe różniczkowane bujają **nieograniczenie** i przerastają się wzajemnie bez żadnego ładu. W ten sposób powstają stałe guzy, składające się z tkanek i układów tkankowych prawidłowych.

Pochodzenie tych nowotworow wykazał Wilms przed 3-ma laty, a późniejsze badania **Pfannenstiela** i **Kro-**

---

*) *Embryoma* jest wyrazem przez Wilmsa nowowynalezionym. Zdaje mi się, że również nowoukuty wyraz „płodziak“, przynajmniej w przybliżeniu, określa istotę tego rodzaju nowotworów. (*Przyp ref.*)

mera potwierdziły jego zapatrywanie, o ile to dotyczy j a j n i k ó w.

Obecnie autor przytacza nam bardzo zajmujące badania, dotyczące tych samych guzów w j ą d r z e.

Typową postacią płodziaka w jądrze jest tzw. skórzak (cystis dermoidalis). Te skórzaki nie mają nic wspólnego ze znanymi, wskutek zagłębienia skóry powstającymi, torbielami, wychodzą one bowiem z samego jądra. Jeżeli natniemy taki skórzak jądra, to zauważymy wyrastający ze ściany torbiela kosmek, pokryty uwłosioną skórą. Zazwyczaj także część tego kosmka pokryta jest błoną śluzową z nabłonkiem płaskim. Skóra zawiera stale gruczoły łojowe, włosy, mięśnie gładkie i spoczywa na tkance tłuszczowej podskórnej. Popod skórą znachodzimy tkankę nerwową (szczątek mózgu), o wyraźnem utkaniu, pokrytą licznemi blaszkami kostnemi, z zaznaczonemi pierwocinami opon i komór mózgowych. Wewnątrz tego mózgu widoczne są kule skrobiowate (amyloid), które zazwyczaj znachodzą się w mózgach starczych. Więcej w środku wspomnianego kosmka znajdujemy twory, wysłane nabłonkiem migawkowym, wałeczkowatym, a nieraz i kubkowemi komórkami. Naokoło tych tworów widzimy okrężnie przebiegające włókna mięśni gładkich w jednej lub w dwu warstwach. Naokoło przewodów wysłanych przybłonkiem migawkowym znajdują się liczne wysepki chrząstki szklistej i gruczoły śluzowe. Widoczne zatem jest, że są to szczątki jelita i tchawicy. Mamy tedy w kosmku produkta wszystkich trzech blaszek zarodkowych: e k t o d e r m a: skóra, mózg; e n t o d e r m a: jelito, tchawica; m e s o d e r m a: chrząstka, kość, mięśnie gładkie. Stosunek ilościowy tych tkanek jest taki, że przeważają ektoderma i tkanki z przedniej okolicy ciała, a tłómaczy się to tem, że zarodek, rozwijając się wśród bardzo ograniczonej przestrzeni, wytworzy oczywiście przedewszystkiem te tkanki, które najwcześniej się różniczkują, a zatem okolicę głowy i przednią okolicę ciała; inne tkanki wskutek przewagi i ucisku już rozwiniętych, albo wcale się nie rozwijają, albo zostają w rozwoju wstrzymane. To, co wyżej powiedziano, odnosi się do w s z y s t k i c h skórzaków jądra, których dotychczas ogłoszono około 30. Czystych „torbieli skórzastych“ w jądrze niema.

Jak sobie wytłómaczyć powstanie tych guzów? Na to ani żadna z dawniejszych hipotez, ani Wilms odpowiedzi nie dają. Również nie znajdujemy odpowiedzi na pytanie, jaka to jest komórka, z której guzy te się rozwijają i co ją do tego rozwoju pobudza. Ciekawem jest tylko spostrzeżenie, że wielokrotnie podawano uraz zewnętrzny, jako czynnik wywołujący. Guzy te w jądrze rosną wolniej, aniżeli odpowiednie guzy jajnika; operowano je po 5, 7, a nawet 19 latach istnienia.

Przychodzimy teraz do drugiej gromady t. zw. guzów płodziakowatych jądra. I tu znachodzimy zupełnie analogiczne stosunki, jak w jajniku. Jeżeli badamy dokładnie c a ł y guz, to znaczy w preparatach seryjnych, to znajdziemy zawsze produkta wszystkich trzech blaszek zarodkowych, a zatem skórę, wszelkiego rodzaju nabłonki, chrząstkę, kępki limfatyczne, mięśnie gładkie, tkankę tłuszczową, śluzakową w bezładny sposób wzajemnie się przerastające i wytwarzające bądź to guzy stałe, bądź torbielowate. Szczególniej te ostatnie okazują czasem takie skupienie komórek, że brano je za mięsaka torbielowatego lub raka. Odróżnienie rzeczywiście jest trudne, jeżeli się ogląda tylko jeden preparat. Guzy stałe znów dają nieraz obraz podobny do chrzęstniaków, lub mięśniaków (rhabdomyoma). Rozwijają się te guzy wewnątrz przewodów jądra, a na preparatach nieraz można widzieć charakterystyczne równoczesne bujanie przyskórka (ektodermy) i nabłonka wałeczkowego (entodermy). Że ten fakt nie jest wynikiem przypadkowej zmiany kształtów komórek, dowodzi ostra granica obu rodzajów tkanek. Autor przeprowadza w dalszym ciągu dowód, że guzy te powstają z jednej komórki płciowej, ilustrując rzecz preparatami. Nie będę tych wywodów streszczał, odsyłając ciekawych do oryginału. Natomiast zwracam uwagę na to, że guzy te rozwijają się tylko wewnątrz jądra, którego reszta spłaszczona pokrywa zazwyczaj jedną ścianę guza. Etyologia oczywiście i tu jest ciemna. Rozchodzi się teraz o to, czy guzy te są łagodne, czy złośliwe. I na to ściślej odpowiedzi dać nie można. Według dotychczasowych klinicznych doświadczeń część tych guzów napewne jest łagodna. Wszakże spostrzegano przypadki, w których te guzy, bujając, niszczyły sąsiednie tkanki, a nawet tworzyły przerzuty. Dotyczy to szczególniej nowotworów płodziakowatych; czyste płodziaki (embryomata), są zazwyczaj łagodne.

Zbierając wszystko, autor stawia odrębną gromadę tych nowotworów, najbardziej ze wszystkich zawikłanych, a mających swój początek w jednej komórce płciowej.

Dr. Ruff.

Augé i Casteret: **Dwuwęglan sodowy, jako środek opatrunkowy przy ropieniach.** (*Presse Médicale*, Nr. 79, 1898). Dwuwęglan sodowy, tak często stosowany w medycynie wewnętrznej, w chirurgii dotąd mało był używanym. Lat temu parę dopiero wojskowy lekarz rosyjski Gieorgiewskij zauważył, zupełnie przypadkowo, cudowne prawie działanie lecznicze okładów z 2%-ego roztworu dwuwęglanu sodowego w przypadku zastrzału palca, powikłanego ropieniem dłoni. Zdziwiony tem odkryciem, zaczął on próbować tego środka w innych przypadkach zastrzałów i ropni. Wyniki otrzymane okazały się wyższymi od tych, jakie się otrzymuje przy zwykle stosowanych opatrunkach antyseptycznych. Wiadomość o tym nowym środku dostała się do Francyi w marcu 1897 r. Od tego czasu kilku chirurgów, przeważnie lekarzy wojskowych, wykonało szereg prób, uwieńczonych pomyślnym skutkiem. Pierwszą pracę francuską w tej sprawie stanowi rozprawa inauguracyjna (teza) Bruckera (Bordeaux, 1898). Próbował on opatrunków z dwuwęglanem sodowym w 200 przypadkach, głównie przy ranach tłuczonych i następowych ropniach kończyn, także przy ranach operacyjnych zakaźnych, a raz nawet po operacyi zapalenia wyrostka robaczkowego przepłókano otrzewnę roztworem sodowym. Wyniki we wszystkich przypadkach były jak najbardziej pomyślne. Dalej, w czerwcu roku bież. C a m e s c a s s e (z Saint-Arnould) przedstawił Towarzystwu terapeutycznemu 2 przypadki wyleczenia wąglika okładami sodowymi. —

Autorowie niniejszego artykułu rozpoczęli próby nad tym środkiem w końcu kwietnia r. b. Poraz pierwszy zastósowali oni opatrunki sodowe w następującym przypadku: ropiejąca rana tłuczona palucha leczona była przeszło dwa miesiące zwykłymi środkami (okłady sublimatowe, jodoform, salol, itd.) i nietylko nie widać było polepszenia, lecz widocznie, w skutek specyalnej wrażliwości pacyenta, wystąpiło zapalenie skóry na paluchu i grzbiecie stopy, oraz wielkie pryszcze; spróbowano wtedy zastósować opatrunki z 2%-go roztworu dwuwęglanu sodowego; po 2-ch dniach zapalenie skóry minęło, również jak pryszcze, pozostało tylko trochę ropienia na miejscu pierwotnej rany; po 3-ej zmianie opatrunku ropienie zupełnie znikło, a w tydzień potem chory był zdrów. W ogóle autorowie stósowali opatrunek sodowy w 60-iu przypadkach. Z tego było: 12 przypadków pęcherzy ropiejących, 6 pęcherzy zgorzelowych, 11 zastrzałów, 15 ran, (z tych 10 ze stłuczenia), 6 ropni oraz 10 przypadków innych chorób skórnych. Stósowanie jest nader prostem: po nacięciu ropnia (w razie potrzeby) używa się opatrunków wilgotnych z 2%-ym roztworem dwuwęglanu sodowego, zmienianych co 2 dni; tylko w przypadkach silnego ropienia, przy zastrzałach, autorowie byli zmuszeni przez parę pierwszych dni codzień zmieniać opatrunki. Leczenie idzie szybko, najdłużej 25 dni. Próby te doprowadziły autorów do następujących wniosków: pod działaniem opatrunków sodowych 1) zjawiska zapalne i ból mijają szybko, zwykle po 24—48 godz., 2) ropienie ustępuje po kilku dniach, 3) narastanie naskórka odbywa się w znacznie krótszym czasie niż przy opatrunkach antyseptycznych.

Naczem polega skuteczność opatrunków sodowych? Wiadomo, że dwuwęglan sodowy nie jest antyseptykiem i nie niszczy bakteryj. Bakterye ropotwórcze żyją i rozwi-

jają się w pożywkach, zawierających 2, 5, 10, a nawet 20% dwuwęglanu sodowego. Autorowie przyłączają się do zapatrywań Bruckera, wypowiedzianych w jego tezie, a która streszcza się w tych słowach: Organizm broni się w sposób dwojaki przeciw bakteryom: przez bakteryobójcze wydzieliny tkanek i przez czynną fagocytozę. Z doświadczeń wynika, że krew i tkanki tem silniej przeciw bakteryom walcza, im bardziej są alkalicznemi: odporność ustroju przeciw zakażeniu jest proporcyonalną do stopnia alkaliczności krwi. A zatem dwuwęglan sodowy, alkalizując tkanki zakażone, podnosi ich odporność. Następnie sól ta nie zabija tkanek, jak to czynią antyseptyki w ogóle; tkanki więc mogą się energicznie rozwijać, a białe ciałka krwi mogą obrócić całą swą siłę na fagocytozę. Czyli, opatrunki z dwuwęglanem sodowym nie zabijają drobnoustrojów, ale za to zachowują całą żywotność komórek, czyniąc je przez to bardziej odpornemi na zakażenie; są to zatem niejako opatrunki fizyologiczne. *W. Kania* (Paryż).

M. Einhorn (Nowy York): **Przyczynek do znajomości ischochymii (gastrectasia).** *(Zeitschr. f. kl. Med.* T. 35, 1898). Autor zwraca ponownie uwagę na zalecaną już w r. 1894 przez siebie nazwę „ischochymia" w miejsce „gastrectasia" dla oznaczenia stałego zalegania treści pokarmowej w żołądku, jako istotnego objawu tej choroby; uważa bowiem rozstrzeń żołądka za sprawę późniejszą, następową. Częstokroć żołądek, nawet znacznie rozszerzony, okazuje się na czczo próżnym i nie daje żadnych objawów chorobowych; natomiast przeciwnie nie rzadko spotkać można stałe zaleganie pokarmów przy prawidłowych lub nieznacznie powiększonych rozmiarach tego narządu. Za przyczynę „ischochymii" uważa E. w największej liczbie przypadków zwężenie odźwiernika, rzadziej zwężenie dwunastnicy lub niedomogę (atonię) żołądka. Przytaczając 12 przypadków chorobowych i omawiając rozpoznanie tego cierpienia, nie przynosi autor nowych szczegółów. Stosowane leczenie było bądź objawowe, bądź operacyjne, (wycięcie odźwiernika, plastyka lub gastroenterostomia). Symptomatyczne leczenie w zwężeniach dobrotliwych (wrzód) i przy zwiotczeniu warstwy mięsnej ścian żołądka polegało na dyecie płynnej, codziennem przepłókiwaniu na czczo wodą letnią, ewent. 1‰ *arg. nitr.*, oraz na podawaniu środków wstrzymujących rozkład treści pokarmowej np: *Resorcin 4·00, Bismut. subnitr. 20·00, Aq. dest. 200·00.* S. zażywać 3 r. dziennie po łyżce na ½ g. przed jedzeniem w szklance wody. W przypadkach cięższych, połączonych z wymiotami, silnymi bólami, zgagą—codzienne przepłókiwanie żołądka, a odżywianie przez pierwsze 5 dni wyłącznie przez kiszkę stolcową; od 6-go zaś dnia dyeta mleczna, jak przy wrzodzie. Leczenie operacyjne zaleca autor w „ischochymii", spowodowanej złośliwymi nowotworami odźwiernika, nadto w wysokiego stopnia zwężeniach dobrotliwych, gdzie odźwiernik wyczuć się daje jako mały guz i w przypadkach, gdzie leczenie objawowe nie prowadzi do celu. *Dr. Rencki.*

Krokiewicz: **Dwa przypadki tężca, jeden leczony antytoksyną, drugi zawiesiną z mózgu.** *(Wiener kl. Wchs.*, 1898, 34). Przebieg obu przypadków tężca, spostrzeganych równocześnie przez K., był prawie jednakowo ciężki; w obu nastąpiło wyzdrowienie. Między działaniem antytoksyny a zawiesiny z mózgu istniała natomiast wybitna różnica na korzyść ostatniej (po raz pierwszy wogóle u człowieka próbowanej). Pomimo powstawania ropni w miejscu wstrzyknięcia zawiesiny, ciepłota ciała nie wzrastała; tężec po wstrzykiwaniach szybko ustępował, świadomość była utrzymana; wyleczenie w 11 dniach. Natomiast u chorego, leczonego antytoksyną (195 cm.³ 1:10000), pojawiały się po wstrzykiwaniach częstsze i silniejsze kurcze, bezsenność, bredzenie, gorączka; na wyleczenie potrzeba było 17 dni. W obu przypadkach bardzo pomocnymi były środki czyszczące, kofeina i *„Tra strophanti"* obok alkoholu. Zawiesinę przygotowywano ze świeżych mózgów cielęcych z zachowaniem zasad aseptyki; zaleca się przygotowywanie jak najdelikatniejszej zawiesiny, w przeciwnym razie wywołuje ona ropnie, drażniąc mechanicznie tkanki w miejscu wstrzyknięcia. *Z.*

Petruschky i Hinz: **O odwietrzaniu odzieży zapomocą par formaldehydu.** *(Deuts. med. Woch.* 1898, 33). Nadzieje odwietrzania całych mieszkań zapomocą formaliny w stanie pary na razie zawiodły; niemniej powinien środek ten znaleźć zastósowanie w odwietrzaniu przedmiotów, dotychczas trudnych do odkażenia parą wodą bez ich zniszczenia, a których formaldehyd nie uszkadza, jak odzieży, skóry i futer. Ze wszystkich podawanych przyrządów nadaje się do użytku tylko przyrząd Trillata, z którego pary formaldehydu wypływają pod ciśnieniem 3 ch atmosfer. Używając tego przyrządu, można w ciągu godziny odkazić przedmioty zamknięte w kieszeniach odzieży, jeśli się ją umieści w szczelnej skrzyni zwykłego dezinfektora. Półgodzinne działanie przyrządu jeszcze nie wystarcza; pozostawienie przedmiotów odkażonych przez dobę w atmosferze formaliny nie polepsza wyniku. *Doc. Ciechanowski.*

Eulenburg: **Przyczynki do patologii i leczenie nerwobólów.** *(Berl. klin. Wochenschrift* 1898, 33). Połowiczy ból głowy (*hemicrania*) powinno się właściwie na zasadzie jego cech klinicznych ściśle oddzielać od nerwobólów; również rwa międzyżebrowa polega na szeregu bardzo rozmaitych spraw chorobowych; w niektórych postaciach rwy kulszowej istnieje w rzeczywistości zapalenie onerwia nerwu kulszowego *(perineuritis)* o przebiegu ostrym lub podostrym, udzielone z mięśni lędźwiowych lub z pierwotnie zajętego nerwu. E. stosuje w rwie kulszowej głębokie wstrzykiwania 2% kw. karbolowego, działające niekiedy poronnie. W właściwych nerwobólach istnieją znamienne napady, przedzielone przerwami i można stwierdzić punkty bolesne; w tzw. nerwobólach odśrodkowych tj. w schorzeniu korzonków nerwów w rdzeniu, występują krótkie, gwałtowne napady w rodzaju bólów strzelających; natomiast w nerwobólach miejscowych obwodowych ból jest stalszy i „napadów" właściwych niema. *X.*

Strassmann: **Wybroczyny podopłucnowe i ich związek z uduszeniem.** *(Viertelj. f. ger. Med.* 1898, 2). W wielu przypadkach uduszenia niema wybroczyn pod opłucną, a przeciwnie spotkać je można często w zatruciach, oparzeniach, porażeniu słonecznem, padaczce, zapaleniu nieżytowem płuc i nieżytach jelit u dzieci, u noworodków, zmarłych wskutek ucisku na główkę w czasie porodu itp. Obecność wybroczyn pod opłucną dowodzi więc, zdaniem St. tylko tyle, że w chwili śmierci oddechanie ustało wcześniej, niż czynność serca i wskazuje jedynie na przebieg zgonu, a nie na jego przyczynę. *X.*

Haberda: **O pośmiertnem powstawaniu wybroczyn.** *(Viertelj. f. ger. Med.* 1898, 2). Aby rozstrzygnąć, czy wybroczyny istotnie w pewnych warunkach mogą tworzyć się także po śmierci, wykonał H. szereg doświadczeń na nieżywo urodzonych lub wkrótce po porodzie zmarłych noworodkach, zawieszając je zaraz po śmierci na dni kilka głową na dół. We wszystkich doświadczeniach wytwarzały się wybroczyny na spojówkach już w ciągu pierwszego dnia, a nawet już po kilku godzinach, przyczem powstawało przekrwienie opadowe górnej części głowy; raz nawet zauważył H. obok silnego przekrwienia opadowego opon mózgowych powstawanie drobniutkich wybroczyn w korze mózgowej. Okazało się dalej, że w sprzyjających warunkach, tj. jeżeli cała ilość krwi pozostaje w zwłokach i stan jej sprzyja szybkiemu powstawaniu znacznych przekrwień opadowych, mogą powstawać po śmierci wybroczyny także na skórze w miejscach ciała najniżej położonych. W podobny sposób mogą się wytwarzać wybroczyny także w mięśniach i narządach wewnętrznych w najniżej po śmierci leżących okolicach ciała. Wobec tego należy, zdaniem H., w ocenie sądowolekarskiej znalezionych wybroczyn w przypadkach uduszenia być bardzo ostrożnym i zawsze uwzględniać okoliczności poboczne. *X.*

Hoke (z kliniki prof. Jaksch'a): **O próbie na cukier w moczu zapomocą błękitu metylowego** *(Prager Medic. Woch.*

Nr. 35, 1898). Błękit metylowy, polecony już dawniej do wykazywania cukru w moczu, okazał się głównie z tego powodu niepraktycznym, że odtlenia się on i odbarwia nietylko wobec cukru, ale także wobec indykanu, urobiliny i hematoporfiryny. Autor przedsięwziął próby z błękitem metylowym, jednak zastósował poprawkę Fröhlicha, który poleca strącić z moczu wszystkie redukujące ciała zapomocą obojętnego, a potem zasadowego, octanu ołowiowego i dopiero w ten sposób otrzymany odsącz poddać próbie. Przy obecności cukru i zależnie od jego ilości, odbarwia się, mniej lub więcej, aż do zupełnego wyjaśnienia, pół na pół z przygotowanym w powyższy sposób odsączem zmięszany błękit metylowy. Kontrolne próby (fenylhydrazynowa) przekonały H. o czułości tej próby, aż do $^1/_{00}$ cukru; nie wyrobiły jednak w autorze przekonania, aby próba z błękitem metylowym była lepszą od prób zwykłych dotychczasowych.

Doc. Raczyński.

V. Korespondencya.

Lwów.

Ostatnie zdarzenia lwowskie, a mianowicie inauguracyjne posiedzenie Sekcyi lwowskiej w nowym a własnym lokalu Towarzystwa lekarzy galic. i Wiec Izb lekarskich rakuskich, wydają mi się tak ważnemi dla ogółu lekarzy, że nie waham się zabrać dla nich w piśmie zawodowem, jakiem jest „Przegląd“, dużo miejsca, i omówię każdą z tych spraw z osobna.

W r. 1895 ówczesny prezes Sekcyi lwowskiej, Dr. Festenburg, podniósł na jednem z zebrań towarzyskich, które zaprowadził celem pobudzenia życia koleżeńskiego, — myśl zarządzenia składek na budowę własnego domu. Czcigodny Prezes zdawał sobie jasno sprawę z tego, że o tem, by z tych dorywczych składek można było potrzebną zebrać sumę, — i marzyć trudno. Jemu, dobremu znawcy natury ludzkiej, wyłącznie na tem zależało, by sprawę tak postawić, żeby już z porządku dziennego nie spadła. I rzeczywiście kwota, którą zebrał, dosięgła zaledwie sumy dwu tysięcy złr.; spełniła jednak to, czego się po niej spodziewano: była tym pływakiem, który raz postanowionej sprawie w zapomnieniu utonąć nie dozwolił.

Nie utonęła też. Ujął ją w swe ręce energiczny Prezes Tow. lekarzy galic., Dr. Merunowicz, i na Walnem Zgromadzeniu z 26 maja 1896 r. powiadomił wysłanników wszystkich Sekcyj o usiłowaniach, podjętych przez Sekcyę lwowską, a na następnem Walnem Zgromadzeniu, d. 27 lutego 1897 r., postawił imieniem Rady Zawiadowczej formalny wniosek: „Walne Zgromadzenie upoważnia Radę Zawiadowczą do lokacyi funduszów pensyjnych Towarzystwa na nieruchomości takiej, k t ó r a b y, z a b e z p i e c z a j ą c T o w a r z y s t w u d o c h ó d, j a k i n i o s ą o b e c n i e p a p i e r y w a r t o ś c i o w e, dawała nadto pomieszczenie dla biblioteki Towarzystwa i dla opłacającej czynsz pewien za potrzebny jej lokal Sekcyi lwowskiej“.

Wniosek ten przyjęto z ogólnym entuzyazmem, a prawdziwie koleżeńskie przemówienia wysłanników sekcyjnych, zwłaszcza zaś Dr. Jabłońskiego ze Złoczowa i przedstawiciela Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, Prof. Marsa, zacieśniły, o ile to możliwe, i dawniej już bardzo serdeczny stosunek kolegów lwowskich do kolegów zamiejscowych.

Z tą chwilą posiadanie własnego domu stało się już tylko kwestyą czasu. Kwestyą czasu, bo kwestyą zbudowania lub kupienia takiego budynku, na którym możnaby ulokować fundusze Tow. lekarzy galic., lokowane dotąd w papierach, bez zmniejszenia odsetka od tych funduszów, a więc bez uszczerbku dla obowiązków pensyjnych i zapomogowych, jakie na Towarzystwie ciążą.

Niebawem wybrano z łona Sekcyi lwowskiej Komisyę, której polecono rozpatrzeć się w stósunkach budowlanych Lwowa i wybrać odpowiedni dla celów i potrzeb Towarzystwa budynek. To był okres najtrudniejszy: zachodziła obawa, że tu sprawa utknie. Po półrocznej żmudnej pracy Komisya, przepatrzywszy z górą pięćdziesiąt przeróżnych projektów, przyszła do przekonania, że w obecnym czasie gorączki budowlanej, o dobrym jakimś interesie myśleć trudno, że należy niekorzystną tę chwilę przeczekać. Szczęściem i w ową chwilę nie zapominał o tej sprawie jej dobry duch opiekuńczy, Dr. Festenburg, który z pominięciem własnych korzyści, ze szkodą dla swej wygody, zapośredniczył nam w kupnie kamienicy przy ulicy Dominikańskiej, L. 11. Budowniczowie i znawcy wyrazili się o tym projekcie jak najlepiej; zyskał on ogólną aprobatę i na Walnem Zgromadzeniu tegorocznem kupno to uchwalono. Pierwszego lipca b. r. objęto dom w posiadanie, a dzięki wytrwałym zabiegom prezesa i skarbnika Towarzystwa lekarzy galic., adaptacya lokalu, uskuteczniona z funduszów przez Skarbnika zebranych, w jednym kwartale była gotową i już 7 października odbyć się mogło w nowym lokalu inauguracyjne posiedzenie Sekcyi lwowskiej.

W dużej, poważnym dębowym sprzętem wyposażonej, a rzęsiście oświetlonej, zacisznej sali, wobec grona przepełniających ją kolegów, prezes Tow. lekarzy galic. oddał ten lokal, — składający się z wspomnianej sali i czterech mniejszych salek, zajętych na bibliotekę Towarzystwa, na biura Tow. lek. galic. i Izby wschodnio-galicyjskiej, zastępcy nieobecnego prezesa Sekcyi lwowskiej, Prof. Gluzińskiemu.

Prof. Gluziński w wstępnej swej mowie podniósł wyjątkowe stanowisko Tow. lwowskiego, rozwijającego się bez oparcia o Wydział lekarski uniwersytecki. Na podstawie danych, skądinąd zaczerpniętych, przepowiadał szanowny mówca, że obecnie, gdy oparcie takie uzyskano, rozwój Towarzystwa będzie szybszy i doskonalszy. Nie silmy się jednak na odchylenie zasłony, pokrywającej nieznaną nam przyszłość, którą, oby rozwidniły prorocze słowa Prof. Gluzińskiego, a zdajmy sobie sprawę z przeszłości.

I obcy o nas i my sami o sobie zwykliśmy powtarzać, że nie mamy zdolności gospodarczych. Spojrzyjmyż więc, jaka była owa słynna „polnische Wirtschaft“ w naszem Towarzystwie. Istniało ono podobno po cichu od r. 1862, statut jednak swój posiada dopiero od r. 1867, a w r. 1868 wyszedł pierwszy „Rocznik Towarz. lekarzy galicyjskich“.

Po 30 latach taki oto dorobek:

SPRAWOZDANIE

za rok 1868.	za rok 1897.
Członków czynnych:	Członków czynnych:
miejscowych . . . 59	miejscowych . . . 140
zamiejscowych . . 39	zamiejscowych . . 273
Razem . . . 98	Razem . . 413
Obrót kasowy	Obrót kasowy
roczny . . złr. 1.595	roczny . . złr. 15.000
Fundusz żelazny dorósł w papierach kwoty złr. 1.500	Majątek Tow. w papierach wynosi złr. 90.000 a dobra Morszyn ocenia się na złr. 51.000 Razem . . 140.000
Bibliotoka składała się z 200 dzieł lekarskich.	W bibliotece, dzięki żmudnej pracy Dra Dębickiego, jest dzieł j u ż s k a t a l o g o w a n y c h 4.661 tomów, w co nie wliczono około 500 tomów rozmaitych roczników.

W r. 1897 na zapomogi dla wdów i sierót po lekarzach wydano 4.618 złr., a nie mało też łożono na inwestycye dóbr morszyńskich.

W kierunku naukowym Tow. wydawało z początku „Roczniki“, potem, w miarę wzmagania się materyału, czasopisma „Dwutygodnik higieniczny“ i „Dwutygodnik medycyny publicznej“, a od r. 1880, t. j. od zawarcia ugody z Tow. lekarskiem krakowskiem, umieszcza ono odczyty, wygłaszane na posiedzeniach sekcyjnych, w „Przeglądzie lekarskim“. Można też śmiało utrzymywać, że jeżeli z Sekcyi lwowskiej nie wiele wyszło prac, któreby na polu teoryi jakieś nieznane dotąd odkrywały horyzonty, bo nie było ani odpowiednich pracowni teoretycznych, ani ludzi tak uposażonych, by bez troski o chleb codzienny pracom ściśle teoretycznym poświęcić się mogli: to na polu zastósowania w praktyce tych teoryj, które gdzieindziej zakwitły, zdziałano nie mało. Zapoznawano się z niemi szybko, kontrolowano je sumiennie, niejednokrotnie pogłębiano lub prostowano owe nowe kierunki. Przykład zaś Sekcyi lwowskiej nie zawstydzał wcale Sekcyj tak zw. prowincyonalnych, bo i one, zwłaszcza ile to tyczyło higieny stosunków miejscowych, wśród ciężkich warunków swego bytu pracowały i pracują nad podziw.

Wielcy literaci, jak Brandes, piszą o nas, że nie umiemy być obywatelami. Więc znowu proszę rozejrzeć się w tej ściśle obywatelskiej pracy Tow. lekarzy galic. Ile to tyczy samego stanu lekarskiego, wiedzą znający choć pobieżnie ruch lekarzy austryackich, dążących do wywalczenia nam właściwego stanowiska pośród innych

warstw społecznych, że zwłaszcza w latach siedemdziesiątych, kiedy ten ruch był najsilniejszym, polscy reprezentanci Tow. lekarskich krakowskiego, lwowskiego, czerniowieckiego niejednokrotnie przodowali. Wiedzą, że wysłannik Tow. galicyjskiego, Dr. Różański, na zjazdach lekarzy rakuskich budził niejednokrotnie podziw szerokimi poglądami i wyczerpującemi sprawozdaniami, jakie przedstawiał imieniem wysyłającego go Towarzystwa.

Pracowano zaś nie tylko *pro domo sua*. Wspomniałem już o pracy innych Sekcyi nad poprawą stosunków zdrowotnych, a nie szczędziły też w tym kierunku swych zabiegów Sekcya lwowska i Rada zawiadowcza. Nie teraz pora wyliczać ile petycyj takich wyszło z łona Towarzystwa, czy to w sprawie higieny szkół, czy uregulowania prostytucyi, czy wielu, wielu innych. Jakże usilnie domagano się otwarcia we Lwowie Wydziału lekarskiego, który materyalnie lekarzom tutejszym musiał zaszkodzić, boć, jako dobrzy obywatele, tak w tej, jak w innych sprawach, lekarze ci interesa osobiste dobru publicznemu podporządkowywać umieli.

I dziwna rzecz, obcy umieją natychmiast spostrzegać nasze zalety w szczegółach, choć odmawiają nam ich w uogólnieniach. Wysłannicy obcych Izb lekarskich rakuskich, którzy na Wiec tych Izb do Lwowa przybyli, natychmiast spostrzegli, jak wielce różni się stosunek lekarzy wolno-praktykujących do lekarzy w służbie państwa pozostających, do lekarzy urzędników, u nas, od stosunku, do którego oni przywykli. Dr. Fossel z Gracu, wnosząc toast na cześć protomedyka, Dra Merunowicza, dał wyraz temu miłemu, a niemałemu zdziwieniu, jakiego doznali, widząc, jak mało nasi lekarze urzędnicy w biurokratyzmie zagrzęźli, jak mało im zależy na odrębności, zastrzeżonej dla nich ustawą o Izbach.

Dziwiła ich wielce ta łączność i chęć skupiania się, która sprawia, że prezesami tegoż samego Towarzystwa lekarskiego mogą być naprzemian to rządowy referent spraw sanitarnych, to znowu taki sam referent krajowy. Dziwiło ich niemało to, że na odrębnych prawach stojący lekarze powiatowi tak się garną do Towarzystwa lekarskiego ogólnego, że niemal wszyscy, prócz dwu może, do niego należą. Nie mogli wyjść z podziwu, że dobry urzędnik może chcieć być równocześnie dobrym obywatelem kraju, bo nie mogli zrozumieć, jak można te, — ich zdaniem — dwoiste, obowiązki pogodzić.

15 października 1898 roku.

Dr. Verax.

VI. Sprawozdanie z IV-go Zjazdu w sprawie gruźlicy

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia 1898 roku.

(Ciąg dalszy).

Nocard (z Alfort): O jedności (identyczności) gruźlicy ptasiej i ludzkiej. Rozróżnienie gruźlicy ptasiej od ludzkiej było źródłem wielu sporów. Na sztucznych pożywkach istnieją wybitne różnice: gruźlica ludzka tworzy suchy, pomarszczony nalot, ptasia zaś miękki pokład i rośnie jeszcze w 43° C., to jest w ciepłocie, w której prątki gruźlicy ludzkiej przestają się rozwijać. Nadto nie powiodło się zaszczepić gruźlicy ludzkiej ptakom, ani ptasiej zwierzętom; ta ostatnia przyjmuje się jakoby tylko na otrzewnej świnek morskich, jednakże w postaci zmian, zupełnie różnych od zwykłej gruźlicy. Te różnice wyzyskiwali zwolennicy rozróżnienia obu odmian gruźlicy na korzyść swoich poglądów. Zwolennicy jedności gruźlicy stwierdzają, że króliki i konie można zakazić zarówno ludzką, jak ptasią gruźlicą. Za tem, że i człowiek wyjątkowo może się zakazić gruźlicą ptasią, przemawia następujące spostrzeżenie N.: piwociny młodego suchotnika zaszczepione królikowi, wywoływały zmiany, znamienne dla gruźlicy ptasiej u tego zwierzęcia; szczepienia podskórne u świnek morskich nie udawały się, natomiast szczepienia do otrzewnej sprowadzały u tych zwierząt zmiany takie same, jak szczepienia gruźlicy ptasiej. Przypadek ten poucza, że należałoby zakazać sprzedaży ptaków gruźliczych, jako niebezpiecznych dla człowieka. Stwierdzono następnie przypadki zakażenia drobiu przez hodowców, dotkniętych gruźlicą, przyczem napewno można było wykluczyć inne źródło zakażenia. Jednakże zarzucano słusznie (Straus), że równoczesne zakażenie zwierząt (królików i koni) gruźlicą ludzką i ptasią nie stanowi jeszcze dowodu jedności obu tych odmian gruźlicy. Dowód taki stanowiłby mogła tylko sztuczna bezpośrednia przemiana jednej odmiany w drugą, co właśnie powiodło się Nocardowi. Umieszczał on jadowite hodowle gruźlicy ludzkiej, zamknięte w woreczkach kollodionowych, w jamie otrzewnej kur; po pięciu—sześciu miesiącach przybierały prątki w tych warunkach wszystkie cechy gruźlicy ptasiej. Przenosząc takie hodowle kolejno do jamy otrzewnowej kilku kur zdołał wreszcie N. wywołać zapomocą nich u drobiu i u królików zabójczą gruźlicę, ze wszystkiemi cechami gruźlicy ptasiej.—Rappin (z Nantes) podaje, że powiodło mu się 3 razy na 10 zaszczepić świnki morskie gruźlicą ptasią; po śmierci jednego ze zwierząt znaleziono zmiany, znamienne dla gruźlicy ludzkiej. Na tej podstawie oświadcza się R. za jednością obu odmian gruźlicy i radzi zakazać spożywania mięsa i jaj kur gruźliczych.

Tripier (z Lyonu) sądzi, że wszelkie zmiany gruźlicze płuc mogą się wyleczyć, oprócz pewnego rodzaju jam gruźliczych, które nigdy nie ulegają zabliźnieniu. Są to jamy, w których ścianach drobnowid wykazuje obecność nacieków drobnokomórkowych; jamy wysłane przybłonkiem ze ścianami, złożonemi z tkanki włóknistej, pochodzą z rozszerzenia oskrzeli i nie stanowią niebezpieczeństwa dla chorego; natomiast pierwszy rodzaj jam może być zawsze źródłem uogólnienia się gruźlicy, zwłaszcza, jeśli ich siedzibą jest tylno-zewnętrzna okolica szczytu płuc, skąd treść jam nie łatwo może być wykrztuszoną. W przypadkach jam tego rodzaju zdaje się T. być chirurgiczne leczenie szczególnie wskazanem i pożytecznem.

Widal (z Paryża): O gruźlicy starców i dziedziczności gruźlicy. Miejscowa gruźlica kości lub skóry jest w starości rzadką. W. spostrzegał jednakże kilkanaście jej przypadków i zwraca uwagę, że u niektórych starców bywa ona przez długi czas utajoną. I tak jeden z chorych miał w 20 r. ż. kwotoki, dwaj inni w 8 i 10 r. życia gruźlicze zmiany gruczołów podszczękowych, które wyleczono; zdawało się, że gruźlica zupełnie w ustroju wygasła, tymczasem w późnej dopiero starości wystąpiły zmiany kości. W dwóch przypadkach zauważył W. wybuch gruźlicy u rodziców w długi czas po śmierci ich gruźliczych dzieci i uważa te przypadki za przykład „dziedziczności wstecznej" („hérédité retrograde") (?)

Paviot (z Lyonu): Wilk a przybłoniak. Badając przypadek raka skórnego, rozwijającego się na miejscu, zajętem przez wilka, doszedł P. do następujących wniosków: 1) Komórki olbrzymie mogą powstawać ze zlewania się komórek przybłonkowych. 2) Leukocyty nie biorą w tych przypadkach żadnego udziału w powstawaniu komórek olbrzymich. 3) Takich komórek olbrzymich nie łączy żaden stosunek z naczyniami krwionośnemi. 4) Komórki przybłonkowate gruzełka są ściśle spokrewnione ze swoistemi komórkami narządu, w którym gruzełek się rozwija.

Hansen (z Bergen) mówiąc o środkach zapobiegawczych przeciw rozszerzaniu się gruźlicy zauważa, że powszechnie zgodzono się na zaprowadzenie spluwaczek ze środkami przeciwgnilnymi zarówno w mieszkaniach suchotników, jak w miejscach publicznych, na odwietrzanie mieszkań i przedmiotów, używanych przez suchotników, na umieszczanie suchotników w osobnych zakładach i t. d., że jednakże wszystkie te środki właściwie nigdzie dotąd nie są stósowane. Ponieważ nie można pod tym względem liczyć na samo społeczeństwo, przeto koniecznem jest, ażeby państwa powydawały prawa o gruźlicy, na wzór istniejących już praw o innych chorobach zakaźnych, przymuszając swych obywateli do stósowania wspomnianych środków ostrożności. Projekt takiego prawa opracowuje się właśnie w ojczyźnie mowcy, w Norwegii. Zrobiono w tym kraju również pierwsze kroki do pomieszczenia suchotników w odrębnych uzdrowiskach (sanatoryach), z których jedno istnieje już od roku, a drugie buduje się w pobliżu Bergen.—Guiter (z Cannes) zawiadamia, że w Cannes zaprowadzono już powszechne odwietrzanie mieszkań i ruchomości po zmarłych suchotnikach, obok odpowiedniego nadzoru nad nabiałem i mięsem.—Dufournier zwraca uwagę, że mieszkania większej części suchotników w Paryżu są szczególnie złe pod względem higienicznym, że więc należałoby je częściej odwietrzać, niż gdzieindziej. Byłoby pożyteczną rzeczą w nagłówku recept, wydawanych takim chorym, umieszczać krótkie wskazówki higieniczne. „Soc. méd. des bureaux de bienfaisance" wielokrotnie wyrażało życzenie, aby utworzono osobną opiekę nad suchotnikami, posyłając im do domów odpowiednich posługaczy, żywność, umieszczając nieuleczalnych w małych szpitalikach, a uleczalnych w koloniach wiejskich, wreszcie oddając zdrowe dzieci gruźliczych rodziców na wychowanie zdrowym rodzinom.—Gauchas (z Paryża) zaznacza, że, wbrew temu, co się przypuszcza, gruźlica u podrzutków nie jest zbyt rzadką. Należałoby więc w zakładach dla podrzutków więcej na nią zwrócić uwagi, niż dotąd się to działo.

Sedan (z Marsylii), zajmując się odwietrzaniem mieszkań i sprzętów suchotników przeprowadził doświadczenia z formolem i jego przetworami, głównie chloroformolem, odwietrzając ich parami hodowle prątków gruźliczych, zawinięte w grube koce lub materace. 75% świnek morskich szczepionych temi hodowlami uszło gruźlicy, co świadczy, że chloroformol przenika dosta-

tecznie w głąb przedmiotów, aby go użyć można do odwietrzania mieszkań.—Nocard zaznacza z naciskiem, że według większości doświadczeń, formol wybornie odwietrza na powierzchni, ale w postaci pary nie potrafi przeniknąć w głąb przedmiotów; nie należy społeczeństwa bałamucić odwrotnemi twierdzeniami.

Castex (z Paryża): Wyleczenia gruźlicy krtani można się spodziewać, jeśli zmiany rozszerzają się powoli, usadawiają się w miejscach nie drażnionych przełykaniem, a więc dość nisko (pod więzadłami) i jeśli nie towarzyszy im gruźlica płuc, ani gorączka. W leczeniu należy kłaść nacisk na leczenie ogólne, nie wysyłać chorych do miejsc wietrznych lub zdrojów siarczanych, gdzie stan ich tylko pogorszyć się może. Miejscowo stosuje C. w ostatnich czasach ostrożnie sposób Lannelonguea, wstrzykując w miejsca zajęte 2—5% rozczyn chlorku cynku, co nie zagraża ani zbyt silnym odczynem zapalnym, ani obrzękiem głośni, ani zbyt silnymi bólami, byleby postępować rozważnie. Wyniki tego postępowania są, według C., wcale zachęcające.

Rénon (z Paryża): O promienicowatych postaciach kropidlaka (aspergillus fumigatus); porównanie ich z podobnemi postaciami gruźlicy. Postacie promienicowate kropidlaka, spostrzegane przez kilku już badaczy we wrzekomych gruzełkach, wytwarzają się, jak się zdaje, tylko w żywym ustroju, nigdy zaś nie powstają w sztucznych hodowlach. Zarówno w doświadczalnem zakażeniu zwierząt, jak w przypadkach zakażenia u ludzi powstają one we wczesnych okresach i w tych tkankach, które się działaniu kropidlaka silniej opierają (np. płuca). Wejrzenie promienicowate przybierają także inne drobnoustroje: grzybek strupieniowy, grzybek narośli roślin strączkowych, prątek gruźliczy; jestto prawdopodobnie objaw słabszej ich żywotności, gdyż występuje on najłatwiej w hodowlach starych i na pożywkach chudych. Zważywszy tę okoliczność oraz to, że przeważna część pasorzytów, mogących przybierać postać promienicowatą, zdolna jest do rozwoju, jako saprofity, można przypuszczać to także o prątku gruźliczym. Przypuszczenie to popierają także badania gruźlicy zwierząt zimnokrwistych.

Cartier (z Paryża): Nosacizna a gruźlica. Między temi sprawami chorobowemi zdaje się istnieć pewien antagonizm, zazwyczaj bowiem zwierzęta, ulegające gruźlicy (bydło rogate, nierogacizna, ptaki) są odporne względem nosacizny i naodwrót (konie, osły barany), a obu chorób równocześnie u jednego zwierzęcia nigdy się nie spotyka. Z tego wychodząc, probował C. uodpornić zwierzęta przeciw jednej z obu chorób zapomocą zaszczepienia drugiej. Według C. prątek nosacizny nie przyjmuje się na pożywce, zawierającej prątki Kocha lub tuberkulinę i naodwrót. Nosacizna, zaszczepiona 3 gruźliczym świnkom morskim, raz tylko się przyjęła. Próby uodpornienia zwierząt przeciw gruźlicy zapomocą jadów nosacizny wcale się C. nie powiodły.—Nocard zbija zasadę wywodów Cartiera, ponieważ konie np. są równie wrażliwe na gruźlicę, jak i na nosaciznę. Żadnego antagonizmu między obu chorobami niema.

Vallée (z Alfort): opisuje nową odmianę gruźlicy rzekomej u zwierząt, wywołaną przez odrębny prątek.

Fauvel (z Paryża): próbował leczyć suchoty płucne wyciągiem z błony śluzowej nosa i gardła baranów i miał rzekomo otrzymywać polepszenie. (Dok. nast.)

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 20 Października.

* Towarzystwo lekar. krak. odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem kol. doc. Bossowski przedstawił trzy rzadsze przypadki z oddziału chirurgicznego szpitala św. Ludwika; kol. prof. Trzebicky okazał nowy przyrząd do znieczulania anestylem; kol. dr. Nartowski mówił: O morfologii i biologii komórki nerwowej.

* Jak wiadomo, Wydział krajowy zwołał na dzień 27 b. m. ankietę, w sprawie reformy szkół średnich i wezwał Tow. lek. galic., by także wzięło udział w obradach przez swego delegata.

Sekcya lwowska Tow. lek. galic. odbyła dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem jedynym tematem rozpraw było pytanie: jakich reform w ustroju naszych szkół średnich winien domagać się delegat Tow. lek. gal. w obradach wspomnianej ankiety?

Zanim łaskawy nasz współpracownik lwowski doniesie »Przeglądowi« o uchwałach wczorajszego zgromadzenia, pilno nam wyrazić wielką wdzięczność najwyższej naszej magistraturze krajowej, która, już samem powołaniem delegata lekarzy do współudziału w ankiecie, daje miarę wszechstronnego pojmowania sprawy społecznej tak wielkiej wagi, jaką jest oświata. Z niemniejszą wdzięcznością i uznaniem do wie się ogół lekarzy, że Sekcya lwowska Tow. lek. galic. nie szczędzi czasu i pracy, by i w tym kierunku godnie służyć wielkim zadaniom społecznym, — bo ścieśnia ten koło zagadnień nauki lekarskiej, kto ją przykuwa tylko do łoża chorego. Socyologia, filozofia, psychologia, pedagogia, jeśli się nie oprą na podwalinach wiedzy przyrodniczo-lekarskiej, pozostaną tylko oderwaną od życia szermierką słowa, bez ujętnej wartości czynnika społecznego. Z tego względu, nie tylko dorywczy, jednorazowy, lecz stały udział lekarza w Radzie szkolnej krajowej, miałby znaczenie dodatnie i wielce pożyteczne.

— JW. Radca prof. Wicherkiewicz ofiarował Bibliotece Tow. lek. krak. szereg własnych rozpraw, oraz kilkanaście poszytów »Nowin lekarskich« i »Münchener med. Wochenschrift«, za co Mu składam uprzejme podziękowanie. *Doc. Dr. St. Ciechanowski*, bibliotekarz.

* »Dziennik Polski« (Nr. 289) donosi, że na 12 słuchaczy, którzy wpisali się do lwowskiej Akademii weterynaryi, 8 jest doktorów medycyny.

* Lwowska Sekcya Towarz. lek. galic. wybrała następujących delegatów do polskiego Komitetu na XIII międzynarodowy Zjazd lekar. w Paryżu: proff.: Gluzińskiego, Rydygiera i Ziembickiego.

* Lekarze szkolni. Na zasadzie uchwały delegatów Rady miejskiej z dnia 30 sierpnia b. r. wprowadza magistrat w życie instytucyę lekarzy szkolnych we Lwowie i ogłasza dla nich regulamin.

Miasto całe dzieli się na 7 okręgów sanitarnych; każdy tedy lekarz miejski ma w myśl regulaminu nadzór nad szkołami ludowemi, znajdującemi się w jego okręgu. Na początku roku szkolnego winien lekarz zbadać każdego ucznia i uczenicę z osobna i sprawdzić stan zdrowia, siłę wzroku, słuchu i t. p., tudzież choroby zakaźne i zapisać swe spostrzeżenia w protokole. Chorowite i słabo rozwinięte dzieci może on uwolnić od uczęszczania do szkoły, nadto może uwolnić od nauki pewnych przedmiotów, jak rysunków, robót ręcznych i t. p. Prócz tego ma lekarz szkolny obowiązek co miesiąca zwiedzać szkoły swojego okręgu w celu sprawdzenia ogólnego stanu zdrowia dzieci, tudzież czystości i porządku w budynku szkolnym. Z końcem roku szkolnego każdy lekarz ma złożyć magistratowi sprawozdanie z uczynionych spostrzeżeń. Na szkoły i zakłady naukowe prywatne nakłada magistrat równocześnie obowiązek, ażeby na własny koszt ustanowiły lekarzy szkolnych.

W razie panującej nagminnie jakiejkolwiek choroby, do lekarzy szkolnych należy uczynić wniosek zamknięcia klasy lub całej szkoły. (»Słowo Polskie«).

* Dr. Combe podaje w »Annales de méd.«, że alkoholizm u dzieci należy do zboczeń częstych, a polegać ma na pojeniu mamki piwem i winem, oraz na używaniu wyskoku do czyszczenia smoczka, który bezpośrednio i nader często daje się do ust niemowlęciu. Z własnej praktyki przytacza Combe, że pewne dziecko dostawało napadu drgawek w niedziele i soboty, wywołanych, jak się przekonano, upijaniem się mamki, która w te dnie stale wychodziła na parę godzin.

* Akademia nauk w Stokholmie obchodziła uroczyście 50-letnią rocznicę śmierci Berzeliusza. W poważnej tej uroczystości wzięli udział uczeni całego świata.

* Sprawa tytułów lekarskich (operator, okulista, specyalista itd.) nie została do tej pory rozstrzygniętą. Określenie tytułu »specyalista«, t. j. ujęcie warunków, uprawniających lekarza do przybrania tego tytułu, czeka ciągle na prawną definicyę, a brak takiego określenia wielce utrudnia Izbom lekarskim zkodefikowanie etyki lekarskiej w tym dziale. Dzienniki donoszą, że Ministeryum oświaty wydało okólnik do dziekanów Wydziałów lekarskich, w którym zwraca uwagę na to, że wielu lekarzy, po odbyciu prywatnego kursu z dziedziny chirurgii wypisuje sobie na tablicy: »operator«. Ministeryum dopatruje w takiem postępowaniu nadużycia i zagraża karami. Ufać należy, że zanim lekarze ulegną karom, dowiedzą się czegoś więcej i na właściwej drodze o treści tego okólnika.

* Przeniesienie. P. Namiestnik przeniósł lekarza powiatowego, Dra Jakóba Petersa z Cieszanowa do Doliny, a asystenta sanitarnego, Dra Józefa Kurasiewicza, z Rawy do Drohobycza.

Nekrologia. Umarli: Dr. Tascani Dawid, prof. sądowej medycyny w Rzymie. Dr. Fabini Szymon, prof. farmakologii w Pizie. Dr. Dezanneau, prof. chirurgii w Angers.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków, 29. Października 1898. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu higieny Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, pod dyrekcyą Prof. Bujwida.

Zakażenie całej rodziny przewlekłą nosacizną.

Napisał

Dr. Józef Batko,

asystent przy Zakładzie higieny.

Zaniedbanie przepisów policyjno-sanitarnych może często prowadzić do przeniesienia się chorób zakaźnych ze zwierząt na ludzi. Wymownym tego przykładem jest przypadek nosacizny przewlekłej u rodziny Gwiżdżów, który miałem niedawno sposobność spostrzegać na oddziale zakaźnym szpitala św. Łazarza.

Dnia 2 czerwca b. r. przyjęto do szpitala rodzinę, składającą się z ojca, matki i dwojga dzieci. Przysłał ich Dr. Nycz, lekarz powiatowy w Brzesku, celem dokładnego zbadania bakteryologicznego i klinicznego, gdyż podejrzewał u nich nosaciznę.

Według wywiadów rzecz miała się, jak następuje:

Tomasz Gwiżdź, l. 34, z Filipowic, służył w roku 1895 i 1897 z przerwą w roku 1896 za parobka przy koniach, dotkniętych nosacizną. Z nozdrzy i pysków koni miała się lać wydzielina ropna, mocno cuchnąca; konie parskały często i tarły nozdrzami o żłoby, a oganiając się z much i dotykając nawzajem pyskami pozostawiały na sobie i w żłobach znaczną ilość wydzieliny. Zarażały się jedne od drugich tak, że w przeciągu lat trzech miało paść 9 koni. Nie dawano o tem znać władzy; dopiero w roku 1897 przypadkowo dowiedział się o tem żandarm, który uwiadomił starostwo. Starostwo wysłało komisyę, a wskutek jej orzeczenia zastrzelono wówczas trzy konie, jako dotknięte nosacizną.

W sierpniu roku 1897 zauważył chory u siebie na szyi drobne, czerwone guzki, które po tygodniu znikły. Pozostał tylko jeden, który, powiększając się ciągle, doszedł do wielkości pięści. Chory doznawał wskutek tego trudności w połykaniu i bólów w okolicy szyi. W styczniu b. r. ów guz pękł, przyczem wylała się wielka ilość bardzo cuchnącej ropy. Ponieważ jednak powstałe z tego powodu owrzodzenie nie goiło się, zgłosił się chory w lutym na oddział chirurgiczny szpitala św. Łazarza i poddał się operacyi. Wycięto wtedy miejsca granulujące i wyskrobano dokładnie. Rana poczęła się goić, jednak z powodu braku miejsca wydalono chorego ze szpitala z dobrze już podgojoną raną. W domu robił sobie sam opatrunki, mimo to jednak pozostała przetoka, z której ciągle wydzielała się ropa.

Wkrótce po jego powrocie do domu zachorowało młodsze dziecko. Lekarz powiatowy wysłał je w marcu do Krakowa, w celu zbadania i możliwego przyjęcia do szpitala św. Ludwika. Wraz z profesorem Bujwidem i kilku lekarzami szpitala oglądałem owo dziecko. Zmiany ograniczały się tylko do samego nosa i przedstawiały obraz wyprysku (Eczema scrophulosorum) w okolicy skrzydeł nosowych. Nie znając jednak dokładnie całej sprawy i nie wiedząc nic o ojcu, nie przypuszczaliśmy nosacizny. Rozpoznaliśmy wyprysk i odesłaliśmy dziecko do domu. Matka, która dziecko na ręku przyniosła, była jeszcze wtedy zdrowa i wyglądała dobrze. Niedługo jednak, bo około 10 kwietnia, zachorowała także i matka, wobec czego sprowadzono ich wszystkich dnia 2 czerwca b. r. z wszelkimi ostrożnościami do Krakowa i umieszczono na oddziale zakaźnym szpitala św. Łazarza.

Stan obecny ojca: Budowa i odżywienie liche, wychudnienie bardzo znaczne. Chory bardzo osłabiony, podpiera się laską i tylko z trudnością się przechadza. Wzdłuż mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego lewego owrzodzenie częściowo zabliźnione, częściowo pokryte wydzieliną ropną, gęstą, brudną, cuchnącą. Dno i brzegi owrzodzenia nierówne, poszarpane. Ciepłota 36·4°. Język nieco suchy, obłożony. W gardle zmian niema. Klatka piersiowa po stronie prawej z przodu więcej wypukła, w okolicy 5-go żebra za dotknięciem bolesna, drżenie po stronie prawej zmniejszone, szmery osłabione, świsty, furczenia. Wypuk po stronie prawej z przodu od 3-go dolnego żebra, z tyłu od dolnego kąta łopatki, przytłumiony. Chory kaszle dość silnie. Tony sercowe osłabione. Tętno 96, miękkie, regularne. Brzuch nieco wzdęty, łaknienie małe. Wątroba niemacalna. Śledziona macalna o brzegu ostrym, dość miękka, niebolesna.

Przebieg choroby jest dość ciekawy i charakterystyczny, dlatego pozwolę sobie go nieco obszerniej traktować. W pierwszych d. po przybyciu do szpitala objawy zapalenia opłucnej po stronie prawej, które około 15 czerwca ustąpiły. Stan podgorączkowy utrzymuje się jednak przez cały czas pobytu w szpitalu. Ciepłota ranna przeciętnie 37 do 37·4°, wieczorna 38 do 39°.

6/6 Bolesność w stawach skokowych, z których prawy nieco obrzękły.

8/6 Obrzęk i zaczerwienienie powiek oka prawego.

10/6 W okolicy gruczołu przyusznego prawego obrzęk i bolesność, również na podudziu prawem obrzęk wielkości dłoni, bolesny, skóra zaczerwieniona, a ciepłota nad nim podwyższona.

13/6 Obrzęk w okolicy gruczołu przyusznego ustąpił, natomiast w okolicy zewnętrznego kącika oka na kości policzkowej widoczny guz siny wielkości orzecha włoskiego. Na podudziu prawem dwa guzy niebolesne. Guz w okolicy oka ciągle się powiększa tak, że już 23/6 czuć przy dotykaniu wyraźne chełbotanie. Barwa jego sina, prześwieca ropą i jest bolesny. Wobec tego ropień nacięto, a dawne owrzodzenie na szyi wyskrobano i wypalono.

2/7 Ropień na łydce prawej pękł dobrowolnie.

7/7 Wystąpił obrzęk stawu palca wielkiego na stopie prawej. Obrzęk ten, któremu towarzyszy znaczna bolesność, wzmaga się coraz bardziej, a w dniu 13/8 wyczuć można wyraźne chełbotanie.

Chory w tym dniu opuszcza szpital w stanie o wiele gorszym od tego, w jakim przybył do szpitala. Rana pod okiem prawie zgojona — na szyi jednak pozostała przetoka. Guzy na łydce prawej dość duże, niebolesne, gruczoły powiększone. Wątroba i śledziona powiększone. Nieżyt oskrzeli. Tętno bardzo przyspieszone. Odżywienie liche.

Jego żona, Rozalia Gwiżdż, lat 30, zauważyła około 10 kwietnia b. r. na dolnej powiece oka lewego zaczerwienienie i obrzęk. Wytworzył się ropień, który w początku maja pękł dobrowolnie.

Stan obecny: Budowa i odżywienie liche. Na powiece dolnej lewej i nieco poniżej owrzodzenie, przebiegające poza kącik zewnętrzny oka, wzdłuż oczodołu, o dnie i brzegach nierównych, pokryte szaro-żółtą wydzieliną, nieco cuchnącą. Ciepłota 37·1. Kaszel. Wypuk na klatce piersiowej jawny, w obu szczytach, z przodu i z tyłu, świsty i rzężenia średniobańkowe, nie dźwięczne. Tony serca czyste. Tętno 72, regularne. Łaknienie dobre, stolec regularny. Wątroba nie powiększona. Śledziona macalna, o brzegu okrągłym, niebolesna. Gruczoły na karku i w dołku nadobojczykowym prawym powiększone, niebolesne.

Przebieg choroby: Chora przez cały czas pobytu w szpitalu go-

rączkuje. Rano ciepłota ciała i 37° wyżej, wieczorem 37·5—39°. Niekiedy jednak i rano dochodzi do 38° i kilku dziesiętnych. Tętno zwykle przyspieszone, łaknienie zmniejszone. Kaszel utrzymuje się ciągle ze zmiennem nasileniem.

Owrzodzenie pod okiem nie goi się pod zwykłymi opatrunkami, wskutek czego w d. 15/6 wrzód na oddziale chirurgicznym wyskrobano i wypalono radykalnie w uśpieniu chloroformowem. Wtedy dopiero rana zaczęła się pokrywać ziarniną i w d. 21 lipca już zupełnie była zgojona. Wytworzyła się blizna, która pociągnęła dolną powiekę ku dołowi, sprowadzając odwinięcie powieki (ectropion).

Chora przez cały prawie pobyt w szpitalu bardzo niespokojna, narzeka na wszystko i domaga się wypuszczenia do domu. Płacze po całych dniach, nie sypia po nocach i powiada, że jej przyjdzie zwaryować z tęsknoty za domem.

U młodszej córki Anny, lat 2 liczącej, zauważyła matka jeszcze w jesieni roku zeszłego obrzęk i zaczerwienienie noska, poczem zaczęła się z niego wydobywać ciecz cuchnąca, a w marcu b. r., w okolicy skrzydeł nosowych, powstał wyprysk. Nieco później wystąpiły na szyi czerwone guzki, które jednak wkrótce znikły.

Stan obecny: Budowa i odżywienie mierne, krzywica. Nos obrzękły, zaczerwieniony, a z niego wydobywa się ciecz śluzowo ropna. W płucach skąpe furczenia i świsty. Tony serca czyste, akcya nieco przyspieszona. Gruczoły na karku powiększone. Brzuch nieco wzdęty, biegunka. Śledziona niemacalna.

Przebieg choroby: Przez cały czas pobytu w szpitalu ciepłota ciała prawidłowa. Zaczerwienienie, obrzęk błony śluzowej nosa raz większe, to znowu mniejsze.

Córka starsza, Katarzyna Gwiżdż, l. 4. W ostatnim tygodniu przed przybyciem do szpitala zauważyła u niej matka zaczerwienienie błony śluzowej nosa i wydzielinę.

Stan obecny: Budowa i odżywienie dobre. Nos nieco obrzękły, zaczerwieniony, z niego wydziela się mierna ilość cieczy śluzowo-ropnej, zresztą zmian niema żadnych.

Przebieg choroby: Przez cały czas pobytu w szpitalu nie gorączkowała. Dnia 8/6 wystąpiło na karku kilka guzków wystających, które jednak niedługo znikły. Dnia 23/6 zauważyłem obrzęk i zaczerwienienie ucha lewego, które po kilku dniach również ustąpiło.

Badanie bakteryologiczne rozpocząłem od Rozalii Gwiżdżowej, gdyż owrzodzenie w okolicy oka najlepiej się do tego nadawało. Szczepiłem ropę z owrzodzenia na sztucznych pożywkach, t. j. na agarze zwykłym, agarze glicerynowym, i na surowicy. Powtarzałem to trzykrotnie, lecz za każdym razem z wynikiem ujemnym. Wyrastały bowiem tylko kolonie gronkowców i raz drożdże różowe; nie dostrzegłem zaś nigdy kolonij podobnych do tych, jakie dają bakterye nosacizny. Za czwartym razem zaszczepiłem ropę na ziemniaku i wtedy dopiero, po trzydniowem hodowaniu w termostacie, dostrzegłem przy bardzo dokładnem oglądaniu dwie maleńkie kolonie barwy brudno-żółtej, ponad powierzchnię ziemniaka wystające. Okazało się pod mikroskopem, że są to laseczki małe, niezbyt długie, nieruchome. Przeszczepiłem jedną kolonię na świeży ziemniak i na agar glicerynowy. Hodując w termostacie, dostrzegłem na agarze już na drugi dzień nalot wilgotny, barwy matowo-żółtawej, nad powierzchnię agaru wystający. Na ziemniaku zaś dostrzegłem dopiero po trzech dniach gruby pokład barwy brudno-żółtej, podobny do miodu, ciągnący się. Pod mikroskopem wyżej opisane laseczki. Pokład ten po kilku dniach ściemniał aż do barwy ciemno-brunatnej, przyczem powierzchnia ziemniaka koło pokładu i w jego obwodzie zabarwiła się na żółtawo-zielono.

Dnia 15/6 operowano chorą, mianowicie wyskrobano w uśpieniu chloroformowem dość głęboko ziarninę i brzegi owrzodzenia wypalono. Cząstkę tkanki, wyciętej z dna owrzodzenia, zaszczepiłem pod skórę na brzuchu dwom świnkom morskim samcom; jednej mniej, drugiej nieco więcej. Przez pierwsze 4 dni miały się obie świnki dobrze. Dopiero w piątym dniu zauważyłem u świnki, której większą ilość tkanki zaszczepiłem, podniesienie się ciepłoty ciała, zaczerwienienie i obrzęk lewego jądra. Obrzęk ten z dniem każdym stawał się coraz większy tak, że po kilku dniach można było wyczuć wyraźne chełbotanie. Po 13-tu dniach od czasu zaszczepienia było już chełbotanie bardzo znaczne, a jądro wybitnie powiększone. Wtedy świnkę zabiłem chloroformem i, odpreparowawszy osłonki jądra, naciąłem je. Wylała się znaczna ilość gęstej ropy. Zrobiłem z ropy kilka preparatów mikroskopowych i w każdym znalazłem bakterye podobne do tych, jakie już dawniej z owrzodzenia na sztucznych pożywkach wyhodowałem, jednak nieliczne, przeważnie wśród ciałek ropy się znajdujące. Zaszczepiłem też ową ropę z jądra na agar i na ziemniak i znowu wyhodowałem na obu pożywkach kolonie podobne, jak wyżej opisałem, charakterystyczne dla laseczników nosacizny. U świnki drugiej, której mniejszą ilość tkanki zaszczepiłem, wytworzyło się w miejscu szczepienia owrzodzenie, które po kilkunastu dniach się zgoiło i obrzęk gruczołu pachwinowego lewego, który także po pewnym czasie znikł, a świnka dotychczas żyje.

Badanie bakteryologiczne wykonałem u Tomasza Gwiżdża dn. 18/7. Zaszczepiłem mianowicie ropę z pękniętego ropnia na łydce prawej na agar glicerynowy i na ziemniak. Na agarze, jak również na ziemniaku, wyrosło kilka kolonij bakteryj. Kolonia żółta z ziemniaka, przeszczepiona również na ziemniak, wyrosła jako brudno-żółty nalot, podobny do miodu. Pod mikroskopem krótkie, cienkie, nieruchome laseczki. Ponieważ już przedtem zbadałem dokładnie wydzielinę z owrzodzenia u jego żony, dlatego ograniczyłem się tu do badania mikroskopowego i do charakterystycznej hodowli na ziemniaku. Wzmiankuję tylko, że bakterye te posiadały wszystkie cechy bakteryj nosacizny.

Z obrazu mikroskopowego, hodowli na sztucznych pożywkach, a przedewszystkiem na ziemniaku, oraz z doświadczenia, wykonanego na świnkach, trzeba przypuszczać niewątpliwie, że jestto lasecznik nosacizny, wykryty w r. 1882 przez Loefflera i Schütza, uwzględniając zaś etyologię, wywiady, opisane zmiany anatomo-patologiczne i przebieg choroby, rozpoznać nosaciznę i to pod postacią tylczaka przewlekłego.

Taki tylczak przewlekły może przebiegać w trojaki sposób[1]), t. j. jako 1) przewlekłe zapalenie naczyń chłonnych, 2) owrzodzenie tylczakowe, i 3) tylczak w ścisłem tego słowa znaczeniu.

Głównem znamieniem tej ostatniej postaci są ropnie, bez względu na początek choroby, i bez względu na to, czy jej towarzyszą zmiany na błonie śluzowej nosa, lub nie. Początek bywa rozmaity i często ukryty. Chory skarży się na osłabienie, nieokreślone bóle, brak łaknienia i ogólne niedomaganie. Siły nikną, czynności ustroju leniwieją, gorączka bywa umiarkowana. Ropnie bywają dwojakiego rodzaju; jednym z nich towarzyszą objawy zapalne, drugie zaś bywają zimne i niebolesne; pierwsze sięgają często bardzo głęboko i prędko się otwierają, drugie są powierzchowne i trwają nieraz całe miesiące. Ropnie takie nieraz bardzo prędko ulegają wessaniu; nieraz nikną i znów się zjawiają po kilka

[1]) Jaccoud: „Wykłady patologii szczegółowej" (przekład polski). Warszawa, 1884.

razy na jednem i tem samem miejscu. Po otwarciu, czy to samoistnem, czy sztucznem, najczęściej powstaje przetoka i uporczywe owrzodzenia, które zresztą nie mają w sobie nic charakterystycznego. W miarę tego, jak liczba ropni i guzów wzrasta, ogólny stan chorego się pogarsza, wychudnienie staje się coraz wyraźniejszem, skóra nabiera odcienia żółtawego, jakby ziemistego, twarz bywa smutna i blada, oczy zapadłe, tętno małe; do tego dołącza się rozwolnienie i chory, doszedłszy do najwyższego stanu charłactwa, umiera wśród trawiącej gorączki. Postać ta uważana być winna zawsze jako śmiertelna, pomimo, że przytaczają parę przypadków wyzdrowienia. (Hertwig, Alexander, Tarozzi, Monneret, Tardieu).

Przebieg choroby bywa bardzo powolny, nieprawidłowy i wciąż przerywany bardzo złudnemi zwolnieniami. Choroba trwa czasami 2—3 lat, najczęściej jednak 10—15 miesięcy (Tardieu).

Wnioskując z opisanego przebiegu choroby, mielibyśmy więc w naszym przypadku do czynienia z tylczakiem przewlekłym w ścisłem tego słowa znaczeniu, a powiększenie gruczołów, śledziony, wątroby, wskazywałoby na ogólne zakażenie ustroju jadem nosacizny.

Badanie bakteryologiczne wydzieliny nosowej u dzieci dało wynik ujemny. Ze względu jednak na zmiany w błonie śluzowej nosa, które pomimo przestrzykiwania wodą borową nie ustępowały, dalej na powiększone gruczoły i występujące od czasu do czasu guzki na szyi i uszach, a wziąwszy także pod uwagę i tę okoliczność, że dzieci te znajdowały się ciągle w otoczeniu chorych rodziców, trzeba także i u nich przypuszczać zakażenie przewlekłe jadem nosacizny. Zmiany te jednak, z powodu zbyt krótkiego jeszcze trwania choroby, nie posunęły się tak daleko, jak u ojca lub matki.

Gdyby chodziło o odpowiedź na pytanie, jaką drogą jad dostał się do ustroju, to powiedziałbym, że przez błony śluzowe; pomimo bowiem najdokładniejszych wywiadów, nie mogłem stwierdzić żadnego zranienia, którędyby jad do ustroju mógł wtargnąć. Przypuszczam zaś, że przez spojówkę lub przez błonę śluzową nosa. Nadto ojciec zaraził się wprost od koni, podczas gdy żona i dzieci od ojca. Zapewne matka, opatrując owrzodzenie na szyi męża, przeniosła jad na siebie i na dzieci.

Rokowanie u rodziców stawiam niepomyślne. Wycieńczeni na siłach, męczeni ciągłym kaszlem z powodu nieżytu oskrzeli, którego przyczyny trzeba najprawdopodobniej szukać w zakażeniu jadem nosacizny, gdyż innej przyczyny dla tak przewlekłego nieżytu oskrzeli wykazać nie mogłem, trawieni ustawiczną gorączką, prędzej czy później ulegną swemu losowi. Co się zaś tyczy dzieci, to sądzę, że gdyby je zupełnie od rodziców oddzielić i otoczyć odpowiednią a troskliwą opieką, możeby się je jeszcze udało uratować. Niestety, niechęć rodziców z jednej strony, a brak odpowiedniego pomieszczenia z drugiej, stoją temu na przeszkodzie.

Mając pewne rozpoznanie, trzeba było pomyśleć o leczeniu. Jakiegoś środka swoistego przeciw nosaciźnie nie znamy dotąd, a różne przetwory lecznicze, jak jodek potasowy, jodek siarkowy, roczyn Fowlera, strychnina i inne, polecane przez różnych autorów, nie doprowadziłyby chyba do żadnego dodatniego wyniku. Dlatego też za radą profesora Bujwida spróbowałem, czy nie dałoby się czegoś osiągnąć zapomocą wstrzykiwań maleiny. Że tego rodzaju terapia mogłaby doprowadzić do pewnego pomyślnego wyniku, należałoby to przypuszczać na podstawie doświadczeń Nocarda [1]), który u koni tą drogą wyleczenie nosacizny osiągnął.

Poczynając od minimalnej dawki, chciałem postępować stopniowo coraz wyżej. Niestety, z wielką trudnością udało mi się wykonać tylko trzy wstrzyknięcia, t. j. 0,0001 do 0,0005 i 0,001 ctm ^{3} maleiny. Natrafiłem bowiem na tak silny opór i niechęć ze strony chorych, że musiałem dalszych wstrzykiwań zaprzestać. Po każdorazowem takiem wstrzyknięciu skarżyli się chorzy na ból w miejscu wstrzyknięcia, jednak jakiegoś wybitniejszego podniesienia się ciepłoty ciała nie zauważyłem u żadnego z nich. Nie mogę też powiedzieć, czy i jaki skutek z owych wstrzykiwań osiągnąłem; było ich zresztą tak mało, tak małe dawki, że się go trudno spodziewać. Zresztą chorzy na usilne nalegania ze swej strony zostali w dniu 13 sierpnia ze szpitala uwolnieni i do miejsca zamieszkania odstawieni.

W każdym razie mam zamiar chorych dalej obserwować i może będę miał sposobność podać te spostrzeżenia do wiadomości.

Opisałem te przypadki dlatego, że z jednej strony rzadko się wydarzają i z tego powodu są ciekawe, a z drugiej, aby dać przykład, jak u nas przepisy policyjno-sanitarne mało są przestrzegane. Gdyby bowiem właściciel owych koni, nosacizną dotkniętych, był zaraz dał znać do starostwa, że ma konie chore, nie przyszłoby było do tego, że wskutek lekkomyślności jednego człowieka, unieszczęśliwiona została cała rodzina. A nieszczęście to tem większe, że chorzy wiedzą, co ich czeka; wiedzą, że przybywszy do gminy, nikt się do nich, jako zarazą dotkniętych, nie zbliży, nikt im nie da roboty. A choćby chcieli pracować, czyż trawiąca ich gorączka pozwoli im na to, a własny bardzo mały kawałek ziemi, czy wystarczy na ich wyżywienie?

W przypadkach podobnego rodzaju konieczną jest pomoc gminy lub państwa. W każdym zaś razie odosobnienie takich chorych od otoczenia jest niezbędne, gdyż inaczej zakażenie bez przeszkody dalej szerzyć się może.

W końcu poczuwam się do miłego obowiązku podziękować JWP. Profesorowi Bujwidowi, mojemu szefowi za łaskawą pomoc w niniejszej pracy, jak również Dyrektorowi szpitala, P. prof. Ponikle, za chętne przyjęcie chorych do szpitala św. Łazarza, w celu przeprowadzenia obserwacyi i Szanownemu koledze Drowi Kepplerowi, ordynaryuszowi na oddziele chorób zakaźnych, za pomoc przy obserwacyi i odstąpienie materyału szpitalnego.

W Krakowie, dnia 20 sierpnia 1898.

II. Cyklochrom[2]), nowy przyrząd, który umożebnia szybką zmianę barwy

opisał

Dr. Teodor Bałłaban

okulista we Lwowie.

Dokładność badania pola widzenia na barwy, szczególnie u mniej inteligentnych pacyentów, jest bardzo proble-

[1]) Nocard. La malleine. Paris, 1894.

[2]) ὁ κύκλος—krążek, κυκλεύειν—obracać w koło, τὸ χρῶμα—barwa.

matyczną głównie dlatego, że, począwszy od drugiego południka, wie badany zawsze już naprzód, jaką jest badana barwa.

Ale trudnem jest także i dla pacyentów inteligentnych i dla tych, którzy są pouczeni o ważności badania pola widzenia, podawać dokładne granice barw, skoro już wpierw przeczuwają, jaką barwę im pokażemy. Jednak szybka i przez pacyenta niepostrzegalna wymiana barw przy wszystkich prostszych, dziś używanych, perymetrach, jest niemożliwa.

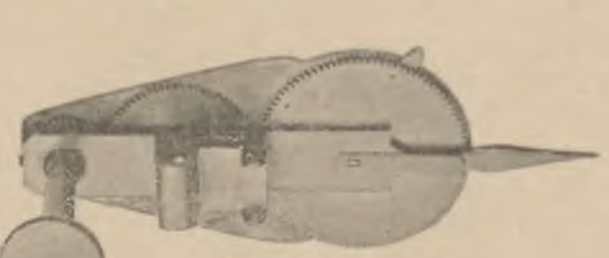
Ta okoliczność była powodem, że od dłuższego czasu myślałem nad złożeniem takiego przyrządu, któryby dał się z łatwością przymocować do zwykłych perymetrów i umożliwił podczas badania pola widzenia szybko i bez zwrócenia uwagi badanego zmieniać dowolnie barwy.

W taki sposób powstał przyrząd, nazwany przezemnie cyklochromem, a zrobiony podług mych wskazówek przez P. Jana Harbutta[1]) we Lwowie. Przyrząd ten miałem zaszczyt przedstawić w jego pierwotnej formie na kongresie Sekcyi oftalmologicznej w Moskwie.

Uznanie, którem zaszczycono mój pomysł ze strony najbardziej powołanych, zachęciło mnie do udoskonalenia tego przyrządu i teraz pozwalam sobie przedstawić go w jego poprawnej i wcale udałej postaci, sporządzonej przez optyka p. Alojzego Schwarza w Wiedniu.

Jest to czarnomatowy przyrząd, który ma na stronie zwróconej ku badanemu otwór okrągły *(Fig. 1.0)*, o prze-





kroju 10 mm. W ten otwór wstawiają się z łatwością poszczególne barwy za pomocą kręcenia osi z kółkiem zębatem, ustawionej prostopadle do tylnej ściany przyrządu, a równocześnie z którą obraca się okrągła płytka metalowa, znajdująca się we wnętrzu przyrządu i nosząca na pięciu równej wielkości odcinkach barwy w następującym porządku: biała, zielona, niebieska, czerwona i żółta; skutkiem tego wymiana barw jest bardzo uproszczoną, a to tem więcej, że po każdorazowym obrocie osi prostopadłej, skoro tylko środek barwnego odcinka stanie naprzeciw kolistego otworu, następuje automatyczne wstrzymanie (tarcza zaskakuje).

[1]) Mechanik u P. J. Boscovitza.

Zapomocą obracania diafragmy, umieszczonej pomiędzy przykrywą przyrządu, a tarczą z barwami *(Fig. I D.)*, można dowolnie pomniejszać przekrój barwnego przedmiotu na 5 i 2 mm. Barwny ten przedmiot jest umieszczonym mniej niż $1/2$ mm. poniżej powierzchni przyrządu, gdyż pokrywy części składowych przyrządu są nadzwyczaj cieniutkie, a tem samem ustawiona barwa, nawet przy najmniejszym przekroju, nie zostaje zacienioną.

Aby to osiągnąć, musiałem niestety odstąpić od zamiaru użycia sukna Marxa; posługiwałem się natomiast odpowiednio czystymi barwami Heidelbergskiej książki. Barwy te są w ten sposób uporządkowane, że nigdy nie stoją obok siebie barwy uzupełniające się. Wskazówka (W.) umożliwia dokładne odczytanie stopni perymetru.

Cały ten przyrząd może być z łatwością przymocowanym do perymetru Förstera i to w ten sposób, że przykrywa puszki metalowej jest od łuku perymetru odwróconą; zwróconą zaś ku badanemu oku. Wyżej wspomniana oś prostopadła, za pomocą której zmienia się barwne przedmioty, przylega do perymetru i wystaje w tył o tyle, że badający łatwo przez jej obrót może zmieniać barwne przedmioty, Potrzeba takiego przyrządu była już dawno odczuwana, niektórzy zaś mechanicy dodali do swoich perymetrów przyrządy, które miały na celu szybką wymianę barw. I tak wspomina Nieden[1]) w swojem sprawozdaniu z Kongresu w Moskwie, że perymeter Juncka ma mieć podobny przyrząd. Ja nie znałem dotychczas żadnego przyrządu, któryby był podobnym do mego, a także i żaden z bardzo Szanownych kolegów, którzy byli obecnymi demonstracyi mego przyrządu na Kongresie w Moskwie, nie mógł mnie o tem poinformować.

Mój cyklochrom można dostać w Wiedniu u P. Al. Schwarza, Spitalsgasse Nr. 1, po cenie 7-miu guldenów.

III. O nowym prątku, wywołującym „gruźlicę wrzekomą", oraz obecny stan wiedzy o tej postaci chorobowej

podali

Prof. O. Bujwid i Dr. N. Kostanecki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Poznawszy ogólne własności drobnoustrojów, wywołujących gruźlicę wrzekomą u zwierząt, a przynajmniej własności prątka Pfeiffera, oraz przebieg kliniczny samej choroby, jak również wyjaśniwszy po części stosunek tych drobnoustrojów do lasecznika Kocha, przystępujemy obecnie do opisu prątka przez nas wykrytego, a nazwanego *bacillus metastaticus.* Prątek ten przedstawia się w postaci krótkiej, dwa razy prawie szerszej, aniżeli dłuższej pałeczki, o brzegach zaokrąglonych; niekiedy bywa w środku przewężony. Układa sie zwykle pojedyńczo, rzadko kiedy gromadnie, nigdy w łańcuchy. Barwi się zwykłymi anilinowymi barwikami bardzo łatwo, lecz niejednostajnie, gdyż bieguny zwykle są silniej zabarwione, aniżeli środek. Nie barwi się natomiast metodą Grama, ani Gram-Günthera. Badany w „kropli wiszącej“ wykazuje żywe ruchy: to przebiega przez pole widzenia ruchem śrubowatym, to kręci się w kółko

[1]) Nieden. Archiv für Augenheilkunde XXXV. 4.

Data szczepienia	Gatunek zwierzęcia	Miejsce szczepienia	Materyał szczepienny	Data śmierci	Zmiany przy sekcyi
30/XII 1897 roku	świnka Nr. 1	pod skórę brzucha	ognisko serowate ze śledziony dobrowolnie padłej świnki	6/I 1898 roku	Obrzęk w miejscu szczepienia, ogniska serowate, wielkości ziarnka maku w wątrobie i śledzionie, ostre zapalenie otrzewnej.
7/I 1898 roku	świnka Nr. 2	„ „ „	ognisko serowate ze śledziony świnki Nr. 1	17/I	Obrzęk w miejscu szczepienia, drobne ogniska serowate w wątrobie i śledzionie.
8/I	świnka Nr. 3	„ „ „	czysta hodowla agar. ze krwi św. Nr. 1.	16/I	„ „ „ „
20/I	świnka Nr. 4	„ „ „	czysta hod. z obrzęk. podsk. św. Nr. 2.	24/I	Obrzęk podskórny w miejscu szczepienia, zresztą żadnych zmian makroskopowych.
26/I	świnka Nr. 5	„ „ „	czysta hod. agar. ze św. Nr. 4	16/II	Znaczne wychudnienie. Śledziona zamieniona w ropień; w wątrobie ogniska serow., wielkości główki od szpilki, jedno wielkości grochu. Zrosty łącznotkank. między śledzioną a nerką.
„	mysz biała Nr. 1	„ „ „	„ „ „	29/I	Obrzęk podskórny w miejscu szczepienia. Obrzęk i przekrwienie śledziony. W preparatach z krwi znaczna ilość prątków i znacznego stopnia fagocytoza.
„	królik Nr. A.	„ „ „	„ „ „	żyje dotychczas	
30/I	małe szczenię	„ „ „	hod. agar. ze krwi myszy Nr. 1.	„	
16/II	królik Nr. B.	„ „ „	hod. agar. ze krwi myszy Nr. I.	„	
„	świnka Nr. 6	„ „ „	hod. agar. ze krwi myszy Nr. I.	22/II	Obrzęk podskórny w miejscu szczepienia, w śledzionie serowate ognisko, wielkości główki od szpilki Odciski ze śledziony, wątroby i nerki zawierały znaczną ilość prątków.
23/V	świnka Nr. 7	„ „ „	hodowla bulionowa ze krwi myszy 2 cm³	30/V	Obrzęk podskórny. Gruzełki wrzekome w śledzionie i wątrobie; dolny i środkowy płat płuca lewego przekrwione, bezpowietrzne.
„	świnka Nr. 8	„ „ „	„ „ „	30/V	Obrzęk podskórny. Gruzełki wrzekome w wątrobie i śledzionie, a w nich znaczna ilość prątków.
„	królik Nr C.	„ „ „	„ „ „ 3 cm³	żyje	
25/V	mysz biała Nr. II.	„ „ „	„ „ 1 cm.³	29/V	Żadnych zmian makroskopowych. We krwi znaczna ilość prątków.
„	mysz biała Nr. III.	„ „ „	„ „ „	30/V	Obrzęk podskórny w miejscu szczepienia. Gruzełki wrzekome w wątrobie i śledzionie.
30/V	królik Nr. D.	Dano do zjedzenia owies, który wymieszano z hodowlami agarowemi z 2-ch próbówek		żyje	
„	świnka Nr. 9			12/VI	W płucach zapalne ogniska świeże i późniejsze, w niektórych miejscach ogniska podobne do skupień gruzełków. Śledziona dość znacznie powiększona, w wątrobie stłuszczenie.
„	świnka Nr. 10.			żyje	

z nadzwyczajną szybkością. Ruchy te odbywa za pomocą 3 — 6 rzęsek, rozłożonych naokoło ciała, co mieliśmy możność stwierdzić, barwiąc na rzęski metodą Löfflera. Na pożywkach rozmaitych rośnie bardzo dobrze tak w przystępie, jak i bez przystępu powietrza, jest więc fakultatywnym „anaerobem“.

Na płytkach żelatynowych już po 48 godzinach można zauważyć kolonie, nie przedstawiające nic szczególnie charakterystycznego. Makroskopowo powierzchowne kolonie są szarawo-żółtawe, głębsze zaś żółtawe, wielkość i ziarnka maku, okrągłe. Pod mikroskopem kolonie powierzchowne przedstawiają się jako okrągłe, ostro odgraniczone, wrębiaste, delikatnie drobnoziarniste, mętnawe, jednostajne naloty, a głębsze są ciemniej zabarwione, brunatnawe, również jednostajne, okrągłe lub osełkowate.

Na agarze w hodowlach rysowych po 24 godzinach powstają obfite szarawo-białe, cokolwiek opalizujące naloty, o brzegach nierównych.

Na surowicy krwi końskiej skrzepłej—naloty szarawe.

Na kartoflach pod dzwonem szklanym— obfite żółtawo-brunatne, wznoszące się po nad powierzchnią w kształcie wału naloty.

W bulionie zwykłym daje się zauważyć po 24 god. jednostajne zmętnienie, które po kilku dniach niknie, a na dnie probówki wytwarza się drobnoziarnisty osad.

W bulionie cukrowym powstaje również zmętnienie i obfite wytworzenie gazów, w których skład między innemi wchodzi H i CO_2.

W mleku prątek rozwija się dobrze, lecz go nie ścina.

W hodowlach kłótych, mianowicie na żelatynie, powstaje wzdłuż kanału szczepnego biała nitka z wypustkami tępemi naokoło, a na powierzchni wytwarza się liściasty nalot z wrębami, który szybko dosięga brzegów próbówki. Po pewnym czasie nitka staje się brunatnawą. Rozpuszczenia żelatyny, a więc proteolitycznego działania, nigdy nie mogliśmy stwierdzić.

Nie zauważyliśmy również,

Drobno-

Rodzaj	Miejsce znalezienia	Kształt, wielkość, ugrupowanie	Ruchomośc	Barwienie się	Zachowanie się względem O powietrza	Siła wzrostu i ciepłota
I. *B. pseudotub.* (Pfeiffer) 1) Malassez, Vignal 2) Chantemesse 3) Charrin i Roger 4) Eberth 5) Grancher i Ledoux-Lebard 6) Lenz 7) Pfeiffer 8) Nocard 9) Zagari 10) Parietti	patrz w tekście	grube prątki o brzegach zaokrąglonych niekiedy parami lub w łańcuchy ułożone	nieruchome	hodowle barwią się łatwo, skrawki trudno, nie barwią się met. Grama ani Gram-Weigerta	fakultatywny anaërob	Rośnie dobrze przy pokojowej i termostatowej ciepłocie
II. *B. pseudotuberc. similis* (Courmont)	z opłucnej krowy z perlicą	prątek 2 razy tak długi, jak szeroki, w środku przewężony nigdy w łańcuchach	ruchliwy	„	„	„
III. *B. pseudotuberc. ovis* (Preisz)	z barana	prątek o brzegach zaokr. Niektóre prątki jakby napęczniałe, z prążkowaniem, podobne do błonicy, lecz mniejsze, pojedynczo lub zbijają się w grudki	nieruchomy	„	„	„
IV. *B. pseudotuberc. murium* (Kutscher)	z płuc myszy	prątek zbliżony wejrzeniem i długością do błonicy	„	barwi się met. Grama	„	„
V. *B. pseudotub. liquefaciens* (Cazal-Viellard)	z otrzewnej człowieka zmarłego na dysenteryę	krótkie prątki, często w łańcuchach	ruchliwy	nie barwi się met. Grama	„	„
VI. *B. orchiticus* (Kutscher)	z wydzieliny nosa konia	prątki, wielkości prątka nosacizny	nieruchomy	barwi się Gramem	„	„
VII. *B. pseudotuberc.* (Rabinowitsch)	z mleka w Berlinie i Filadelfii	prątki grubsze od gruźlic. wzdęte na 1-ym końcu	„	barwi się — Ehrlicha i Ziel-Neelsena metodą	„	„
VIII. *B. metastaticus*	Opis w tekście.					

Tab. II.
ustroje gruźlicy wrzekomej.

Hodowle								Zarodniki	Chemiczne własności	Zachowanie się względem żelat.	Patogeneza
płytkowe		rysowe			kłóte	w płynach					
żelatyna	agar	agar	ziemniak	surowica	żelatyna	bulion	mleko				
kol. **powierzchowne**, o brzegach nierównych, biało szarawe pod mikroskopem — o dnie brunatnem, ziarniste w głębszych niekiedy budowa dośrodkowa	—	kol. **gęste**, przeświecające, jednolite, starsze o nieprzyjemnym zapachu. Na powierzchni punkciki irizujące, które wkrótce pokrywają całą kolonię, w głębi i na brzegach kryształy fosforanu wapniowego	wogóle trudno rośnie. Świeże hodowle dają po 24 g. przy ciepł. 37·5° kolonie z początku jasnożółte, rzadkie, później czerwono-brunatne obfite. Rośnie podobnie do nosaciny	—	rozwija się wzdłuż kanału szczepnego a żelatyna zmętnia się naokoło kolonij	zmętnienie; na ścianie i w głębi strzępki, które po kilku dniach opadają na dno, a bulion wyjaśnia się	—	brak	1) wydaje woń nieprzyjemną 2) nie tworzy gazów 3) barwik na ziemniaku	nie rozpuszcza	Patogeniczny dla świnek morskich, myszy, królików, prawie wszystkich gryzoniów
—	—	—	brunatny nalot	—	wzdłuż kanału szczepn. ziarenka, a na powierzchni liściasta kolonia	zmętnienie ze strzępów, później osad płatkowaty	—	„	—	„	chorobotwórczy dla świnek morskich i królików
nie rośnie	kolonie okrągłe, biało-szarawe, o brzegach nieregularnych, ząbkowanych, suche, powierzchnia jakby bruzdowana	cienki, niebieskawy nalot o nieregularnych brzegach	nie rośnie	rozwija się najlepiej; po 24 godz. małe punkcikowate kolonie, o brzegach niereg., powierzchni gładkiej, przeświecającej, barwy żółtawo-złotej lub pomarańczowej	nie rośnie	na dnie osad ziarnisty, na powierzchni skorupka, niknąca przy potrząsaniu, zmętnienie, które później niknie	—	„	1) barwik na surowicy krwi 2) gazów nie tworzy	—	dla świnek morskich i myszy
głębsze kol. małe, ziarniste, o brzegu niereg. z wypustkami, **powierzchowne** wznoszą się kopułowato pod nad pow.	kol. małe, lekko żółtawe, w środku ziarniste o brzegu ząbkow. z wypustkami. Powierzchownie tworzą delikatne przezroczyste naloty	cienkie naloty z delikatnych, białych, przeświecających kolonij	„	nalot białawy	wzdłuż kanału szczepn. biała nitka z wypustkami naokoło	Po 24 godz. zmętnienie i drobnoziarnisty osad, później wyjaśnia się. Kryształy fosforanu amonow.	rośnie, lecz mleka nie ścina	zwyrodniałe formy tworzy podobne do błonicy	1) barwik na agarze 2) gazów nie tworzy	nie rozpuszcza	tylko dla myszy
—	—	Przy 37° delikatny, wilgotny, opalizujący nalot	Delikatny, ciągnący się, początkowo żółty, później brunatnawy nalot	—	rozwija się wzdłuż kanału szczepn. i po wierzchownie	—	—	brak	—	rozpuszcza	świnki morsk. odporne; u królików serowate guzy podskórne
kolonie bezbarwne, lekko ziarniste, o brzegach niereg. z wypustkami	—	Po 24 godz. okrągłe lub osełkowate kolonie, tworzące silny nalot	Przy 37° cienki, biały, suchy nalot	pomarańczowy nalot	starsze hod. przypominają cholerę	Zmętnienia niema. Delikatne włoski	nie rozwija się	„	—	„	króliki odporne, świnki morskie padają po 3—4 dn. z obrzękiem jąder
Głębsze kol. szare, okrągłe lub owalne, jednostajnie ziarniste. **Powierzchnia** ze środkiem ciemniejszym, obwódką jasną	—	massywne, wilgotne, śmietankowate naloty, które stopniowo stają się pomarańczowo-brunatne	obfity szary nalot	—	kolonie izolowane wzdłuż kanału szczepnego	brak zmętnienia, na wierzchu skorupka, zapach NH_3	rozwija się lecz mleka nie ścina	„	1) barwik 2) woń NH_3 3) gazów nie tworzy 4) ślady indolu	„	patog. dla świnek morskich lecz nie zawsze

by prątek wytwarzał zarodniki, lub tworzył formy zwyrodniałe.

Badając chemiczne własności tego laseczników, stwierdziliśmy, że barwik wytwarza on tylko na ziemniakach, co zresztą i poprzednio zostało zaznaczone; woni jakiejś specyalnej hodowle jego nie posiadają; wytwarza gazy, nie wywiązuje indolu, nie redukuje azotanów na azotyny, natomiast redukuje lakmus i błękit metylowy na bezbarwne leukoprodukty. Przy badaniu redukcyi azotanów na azotyny użyliśmy reakcyi Griess-Ilosway'a[1]) i mieliśmy możność, przeprowadzając porównawcze badania w tym kierunku z *bacterium coli comm.* i *vibrio cholerae asiat.* stwierdzić znakomitą czułość tego odczynnika, tak, że wykazywaliśmy azotyny jeszcze w rozcieńczeniu $^1/_{1000000}$.

Co do doświadczeń na zwierzętach, to przeprowadziliśmy ogółem 18; z tych 10 na świnkach, 4 na królikach, 3 na myszach białych i jedno na szczenięciu.

Następująca tablica przedstawia wyciągi z protokołów tych doświadczeń. (Patrz str. 539).

Z tablicy powyższej staje się widocznem, że z 10-ciu zakażonych świnek padło w okresie czasu od dni 4—12 dziewięć; z tych 8 wykazywało zmiany anatomiczne, właściwe dla gruźlicy wrzekomej, jedna zaś nie wykazywała żadnych zmian widocznych, gdyż śmierć nastąpiła szybko, po dniach 4-ch. Z trzech szczepionych myszy padły wszystkie, jednak tylko u jednej dały się stwierdzić zmiany wrzekomogruźlicze, ponieważ u pozostałych dwóch, z powodu szybkiej śmierci nie miały one czasu wytworzyć się.

Z czterech użytych do doświadczeń królików nie padł żaden; w miejscu szczepienia podskórnego powstawał tylko obrzęk, który po pewnym czasie zamieniał się na ropień i powoli ulegał zanikowi. We wszystkich przypadkach, gdzie nastąpiła śmierć zwierząt, były przenoszone na pożywki krew z serca zwierząt i treść z ognisk podejrzanych.

We wszystkich też otrzymywaliśmy bujny wzrost laseczników, który morfologicznie i biologicznie zawsze jednakowo się przedstawiał i zawsze te same zmiany anatomiczne u zwierząt wywoływał. Te okoliczności upoważniły nas do uznania wyżej opisanego prątka za przyczynę zmian przez nas dostrzeganych.

Odrębne jego stanowisko w klasyfikacyi wyjaśni tablica rozpoznawcza Nr. II. niżej zamieszczona. Patrz str. 540.

Zdawałoby się, że przy tak znacznem rozpowszechnieniu gruźlicy wrzekomej u zwierząt, przy silnej przytem jadowitości drobnoustrojów jej i łatwości zakażenia się rozmaitemi drogami, powinno się napotykać często i u człowieka tę chorobę. Dotychczas jednak zaledwie cztery przypadki, o ile nam wiadomo, zostały opisane i towypadki dość wątpliwej wartości.

Pierwszy Hayem[22]) w r. 1891 podał opis gruźlicy wrzekomej u człowieka, zakończony po 23-ch dniach trwania śmiercią, a rozpoznanej za życia jako *gastroenteritis.* Sekcya wykazała wtedy zserowacenie lewej nerki a we krwi, śledzionie, jelitach i serowatej nerce znajdowała się znaczna ilość prątków, które posiadały wszelkie cechy prątków wrzekomo-gruźliczych Pfeiffera. W tym samym roku Du Cazal i Viellard[23]) opisali drugi podobny przypadek, który dotyczył 33-ch letniego lekarza marynarki. Po przybyciu do szpitala chory okazywał silny niepokój, uskarżał się na bezsenność od 2-ch dni, na ucisk w głowie i biegunkę. Ciepłota wynosiła 38·3° C, a badanie fizyczne prócz lekkiego wzdęcia i tkliwości na dotyk brzucha, nie wykazało zresztą żadnych zmian. Choroba po czterodniowem zaledwie trwaniu zakończyła się śmiercią. W ciągu tego czasu ciepłota z dnia na dzień wzmagała się, aż wreszcie w ostatnim dniu doszła do 39·6° C, a biegunka ciągle utrzymywała się. Przed samą śmiercią chory robił wrażenie cholerycznego w okresie zamartwiczym (st. algidum). Sekcya wykazała: na całej otrzewnej rozsiane guzki białawo-żółte, okrągłe, dość miękie, wielkości od ziarnka prosa do ziarnka soczewicy, wypełnione masą serowatą, blado-żółtą, przypominającą treść torbieli skórzastych. Podobne guzki znajdowały się w znacznej ilości na krezce i sieci wielkiej, przytem gruczoły otrzewnowe były lekko obrzękłe i przekrwione. Jelita zresztą i inne narządy jamy brzusznej prócz trzustki i wątroby nie przedstawiały żadnych zmian. Trzustka była cała zajętą przez guzki o cechach podobnych do poprzednio opisanych; w wątrobie znajdował się jeden tylko guzek. Zdaniem autorów punktem wyjścia zmian chorobowych była trzustka. Przy badaniu bakteryologicznem dały się w guzkach wykazać prątki gruźlicy wrzekomej, lecz nie chorobotwórcze dla świnek morskich, a tylko dla myszy białych i królików. Przy wszczepianiu królikom do krwi 1 ctm.^{3} czystej hodowli bulionowej zwierzęta padały po 30—50 godzinach z objawami za życia silnej biegunki i niezupełnego porażenia członków. Sekcya nie wykazywała żadnych zmian. Po wstrzyknięciu do krwi $^1/_2$ ctm. tylko — choroba stawała się więcej przewlekłą, zwierzęta doznawały silnej biegunki i szybko ulegały wychudnieniu, a na rozmaitych częściach ciała pojawiały się podskórne guzki, wejrzeniem swem ogólnem i zawartością podobne do guzków, znalezionych przy sekcyi zmarłego lekarza. W guzkach tych zawsze znajdowały się te same drobnoustroje; śmierć jednak królika nastąpiła tylko w jednym przypadku, po dniach 25. Stwierdzono wtedy obecność podobnych guzków także po obydwu stronach kręgosłupa; u kilku zaś królików, zabitych w celu dokonania sekcyi, nie wykazano żadnych zmian widocznych w narządach wewnętrznych.

Następnie Massa i Mensi[24]) wykryli prątek gruźlicy wrzekomej w ropie, wypuszczonej z opłucnej 17-letniego chłopca, przy otoku piersiowym (empyaema) powstałym w następstwie zapalenia płuc.

Ten ostatni przypadek musi nasuwać najwięcej wątpliwości, gdyż właściwie niewiadomo, jakie były zmiany anatomiczne wewnętrzne i przypuszczalnie mogło tu nastąpić przypadkowe zanieczyszczenie. Z pierwszych zaś dwóch można wnosić, że gruźlica wrzekoma u człowieka zajmuje głównie narządy jamy brzusznej, a objawem jej, przedewszystkiem zwracającym na siebie uwagę za życia, jest *gastroenteritis.* Wreszcie w ostatnich czasach Courmont[25]) opisał przypadek gruźlicy wrzekomej u człowieka, u którego z powodu zapalenia krwotoczno-gruźliczego łokcia, dokonano odjęcia ręki. Po kilku miesiącach człowiek ten umarł, lecz

---

[1]) Odczynnik *Griess-Ilowaya* składa się:

I	*Naphtylamin* . . .	*0,1*	I i II zmieszać w równej ilości.
	Aquae destil	*20,00*	
	Acidi acet. dil. . . .	*150,00*	Dodanie nadmiaru tego odczynnika do cieczy, zawierającej azotyny, daje zabarw. czerwone.
II	*Acidi sulfanilici* . . .	*0,5*	
	Acidi acetici dil. . .	*150,00*	

sekcyi nie robiono, badanie zaś zajętego stawu wykazało serowate gruzełki w zgrubiałej błonie maziowej. Gruzełki te przeszczepiono na króliki i świnki morskie i otrzymano obraz poczęści miejscowej, poczęści zaś ogólnej gruźlicy u tych zwierząt. W czwartem pokoleniu zakażonych świnek zdołano z gruzełka wątroby wyhodować prątek (streptobacillus), posiadający wszelkie cechy prątka gruźlicy wrzekomej Pfeiffera. Tak skąpe opisy nie dają jednakże żadnej miary, by rzeczywiście choroba ta była rzadką u człowieka. Ileż to przypadków mogło być pominiętych z powodu tego, że przebieg kliniczny nie jest znanym? ile błędnie rozpoznanych, szczególnie gdy sekcya nie była dokonaną? wreszcie nie w każdym przecie przypadku zmian gruźliczych napotykanych na stole sekcyjnym, przeprowadzano badania bakteryologiczne. Wprawdzie z łaskawie udzielonych przez pana docenta dra Nowaka notatek, dotychczas nie ogłoszonych drukiem, należałoby wnosić, że choroba ta u człowieka jest rzadką, gdyż w 100 przeszło dokonanych przez niego sekcyach osób, które wykazywały zmiany gruźlicze, zawsze dały się wykazać prątki Kocha. Jednakże badania były przeprowadzane przeważnie, jeżeli nie wyłącznie, przy zmianach w płucach, a wiadomo z doświadczeń choćby na zwierzętach, jak rzadko gruźlica wrzekoma tam się usadawia, na co również sam pan docent Nowak zwrócił uwagę. Może być, że systematycznie dokonywane badanie bakteryologiczne w każdym przypadku gruźlicy, spotykanej na stole sekcyjnym, szczególniej gruźlicy prosówkowej i narządów jamy brzusznej, jak również badania w klinikach na inne drobnoustroje w przypadkach, gdy wśród objawów gruźlicy nie można wykazać prątków Kocha, — zdołałyby rzucić nieco więcej światła na tę ciekawą w każdym razie postać chorobową. Gdyby jednakże wyniki badań w tym kierunku były nawet ujemne i gdyby rzeczywiście choroba ta u człowieka bardzo rzadko się zdarzała, to i tak nie przestanie ona nigdy mieć ogromnego znaczenia dla tych wszystkich, którzy w celach doświadczeń patologicznych posługują się zwierzętami. Zaszczepia się, przypuśćmy, zwierzęciu plwocinę, krew lub mocz podejrzanych o gruźlicę i otrzymuje się przy sekcyi obraz anatomiczny, odpowiadający gruźlicy. Tu już tylko badanie bakteryologiczne po śmierci, a próba tubekulinowa za życia u zwierzęcia, zaszczepionego podejrzanymi produktami, zdołają rozstrzygnąć wątpliwość. Nieraz znów zdarza się, że i zabite dla kontroli zwierzęta, szczególnej świnki morskie, aczkolwiek nie szczepione produktami podejrzanymi o gruźlicę, wykazują przy sekcyi zmiany gruźlicze. Samo doświadczenie traci wtedy na wartości, a niekiedy powstaje z tego powodu u badających powątpiewanie o samej wartości badania bakteryologicznego. Dokładne uświadomienie sobie faktu, że gruźlica wrzekoma nader często u zwierząt się zdarza, że choroba ta łatwo udziela się tak, że n. p. świnki morskie, nabyte od jednego sprzedawcy, lub trzymane wspólnie w jednej klatce, mogą być wszystkie zakażone, jak również umiejętność wyróżniczkowania tej choroby od gruźlicy prawdziwej, — z pewnością zdołają ustrzedz od wielu błędów podczas doświadczania. Również nie należy nigdy zaniedbywać wykonania przed doświadczeniem próby tuberkulinowej, dodatni wynik której w postaci podniesienia ciepłoty o 1·3°C wskaże na istniejące już zakażenie gruźlicze, a więc na niemożność użycia zwierzęcia do celów badania.

Te też głównie okoliczności, jak i brak w polskiej literaturze odpowiedniej pracy, skłoniły nas do obszerniejszego opisu gruźlicy wrzekomej wogóle, tak mało znanej nie specyalistom i do podania porównawczej tablicy wszystkich drobnoustrojów tej choroby.

L i t e r a t u r a.

1. Eberth. Virchow's Archiv. T. C i T. CIII.
2. Malassez i Vignal. Preisz. Annales de l'Inst. P. 1894.
3. Chantemesse Annales de l'Inst. P. 1887.
4. Charrin i Roger. Preisz. Ann. de l'Inst. P. 1894.
5. Dor Ibidem.
6. Nocard Ibidem.
7. Grancher i Ledoux-Lebard Arch. de med. expérim. 1889 i 1890.
8. Legrain Le Bulletin méd. 1891. Nr. 89.
9. Pfeiffer Jahr. B. 1890. (ref).
10. Zagari Ibidem.
11. Parietti Centralblatt f. Bakt. u. Parasitenkunde 1890 Nr. 19.
12. Preisz Annales de l'Inst. P. 1894
13. Delbanco Beitr. zur pathol. Anatomie u. zur allg. Pathol. 1896.
14. Courmont Jahr. B. 1890 (ref).
15. Manfredi Fortschritte der Medicin 1886.
16. Kitt Monatshefte f. prakt. Thierheilkunde 1890.
17. Preisz p. 12.
18. Du Cazal et Viellard Annales de l'Inst. P. 1891 Nr. 6.
19. Kutscher Zeitschrift f. Hygiene 1894 str. 327.
20. Rabinowitsch Centralbl. f. Bakt. u. Parasitk.
21. Woronoff i Siniew Centralbl. f. allg. Pathol. u. Pathol. An. 1897.
22. Hayem La semaine médicale 1891 str. 295.
23. Du Cazal i Viellard p. 18.
24. Mossa i Mensi Centralbl. f. Bakt. u. Parasit. 1891.
25. Courmont Centralbl. f. allg. Pathol. u. Pathol. A. 1891 (ref)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Seweryn Robiński: **Operiren oder Nichtoperiren bei Krebs-Erkrankungen und andere zeitgemässe, insbesondere therapeutische Fragen. Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der Behandlung und Heilung der Krebs-Erkrankungen.** *(Berlin 1898. Verlag von Robinski et Co.* W 8-ce, str. 191).

Książka ta, sądząc z drugiej karty tytułowej, noszącej napis: *Zur Charakteristik und Geschichte der normal-social-politischen Zustände der Gegenwart* — *i motto*: *Im Interesse und zum Heil Deutschlands- und der Welt*, stanowi zapewne część jakiegoś zamierzonego większego dzieła na tle lekarsko-społecznem. Z bardzo obszernej przedmowy dowiadujemy się, że tylko ze względu na dobro nauki, ludzkości i cywilizacyi, autor skłania się do wystąpienia z głosem swym, opartym na znakomitych wynikach swych metod leczniczych i długoletniego doświadczenia. Długo jednakże czekać musi czytelnik na dowiedzenie się, na czem polegają te wypróbowane metody i jakie są właściwie te wyniki. Cała, na 44 stronach rozciągnięta przedmowa, zawiera mnóstwo ogólników, przeplatanych zapewnieniami o ważności i wielkiej doniosłości zasad terapeutycznych autora, które mają być wyłożone dalej. Wszystko to wypowiedziane jest z takim patosem, wśród takiej powodzi słów, synonimów, metofor, wykrzykników i cudzysłowów, iż w tej deklamacyi giną znajdujące się tam i lepsze myśli. Zadanie nieskrępowania wolności myśli i badań, protest przeciw wszelkiego rodzaju „Macht vor Recht", opozycya przeciwko ogłaszaniu bankructwa naszego lecznictwa, — wszystko to niknie, zagłuszone przez nadmiar wyrazów, głośnobrzmiących a efektownych: kultura, moralność, człowieczeństwo, etyka, ludzkość, wiedza, cywilizacya — brzęczy ciągle nad uchem czytelnika, zaopatrzone w cały arsenał wykrzykników. Po przedmowie następuje część pierwsza: *Zur Kritik und Kennt-*

niss der Sachlage der therapeutischen Bestrebungen der Gegenwart, poświęcona głównie ocenie leczniczych teoryj Kocha co do gruźlicy i stósowaniu tuberkuliny, starej i nowej. Część ta napisana stosunkowo najlepiej, najwięcej bowiem przedmiot sam nadaje się do krytyki, najwięcej w nim wad i stron ciemnych, które z łatwością zaczepić i obalić można. Ma tu więc autor ogromne pole do wykazania swych poglądów i gnębienia nimi przeciwnika w osobie Kocha. Pastwi się też okropnie nad jego terapią tuberkulinową, wykazując brak podstaw klinicznych i logiki w przeprowadzeniu metody leczniczej w gruźlicy, a już zupełne nieuctwo, jeżeli nie złą wolę, w sposobach przygotowania i stósowaniu obu rodzajów tuberkuliny. Na tle niewątpliwej swej erudycyi porusza autor wiele ważnych zagadnień z dziedziny terapii, które rozstrzyga częstokroć w sposób oryginalny, lecz przedstawiający i tu przeważnie taką mieszaninę słuszności i paradoksów, że czytelnik, umęczony ciągłą gimnastyką zdań, z trudnością jest w stanie odszukać i wyrozumieć zasadniczy wątek myśli.

Pomijam tu szczegóły poglądów autora, o których dałoby się dużo powiedzieć i przechodzę do części drugiej i ostatniej, najważniejszej, gdyż treścią swą odpowiadającej właściwemu tytułowi książki.

Tu w czytaniu doznajemy uczucia bardzo przykrego. Jeżeli bowiem dotychczas autor swą ogromną przedmową, swemi nieskończenie długiemi dowodzeniami i zdaniami, powodzią słów i wykrzykników, wreszcie całą tą gmatwaniną mógł być dla czytelnika męczący, to odtąd staje się stanowczo szkodliwym.

Rozprawę rozpoczyna autor gwałtowną wycieczką przeciw panującemu obecnie w chirurgii poglądowi o konieczności jaknajwcześniejszego usuwania raka na drodze operacyjnej. Otóż to „operowanie" i ta „wczesność" są głównym celem pocisków autora, których ostrzem stara się on przy sposobności przebić Ewalda, Küttnera, Krönleina, a nawet całą *Berliner klin. Wochenschrift*.

Punktem wyjścia i osią całej rozprawy jest niejaka pani W., 70-letnia staruszka, cierpiąca od 20 lat na rozsiane guzy w brzuchu, rozpoznane przez pewnego „znanego i dzielnego" kolegę z Charlottenburga, jako *carcinoma ventriculi* (?). Nie uchybiając bynajmniej „dzielności" owego lekarza, którego rozpoznanie autor podzielił, muszę na podstawie właśnie przytoczonych co do chorej danych wyrazić bardzo poważną wątpliwość co do jego słuszności. Jakkolwiek bądź, pomimo zupełnie już beznadziejnego stanu i wyczerpania chorej, autor wyratował ją dzięki swym „vorzüglichen Behandlungsmethoden", naturalnie nie operacyjnym. Ten tak świetny wynik daje mu pochop do energicznego wystąpienia przeciw przyjętemu postępowaniu chirurgicznemu w raku i polecania swej metody, jako jedynie zbawiennej. Jednakże po długich dopiero rozprawach i polemice ze zwolennikami starych poglądów, po rozpatrzeniu wartości różnych „specyfików" na raka, ukazuje nareszcie autor spragnionym oczom czytelnika ową metodę, o której świetnem działaniu tyle do tej pory się naczytał. „Ponieważ u pani W. nie było chwili czasu do stracenia", przeto odrazu zaordynował jej autor:

Rp. : *Kali chloric. 1.5*
Kali jodati 0.5
Aq. destil. 200.0

MDS. 3 razy dziennie po łyżce stołowej, w $^1/_2$ godziny po jedzeniu zażywać, — i z całą elokwencyą i powagą udowadnia, że takie właśnie homeopatyczne dawki zbawiły chorą. Zachwycony wynikiem, twierdzi autor z całą stanowczością, iż wyborne działanie we wszelkich cierpieniach rakowych, nadto nadzwyczajna jego pewność i szybkość (!) stanowią najlepsze potwierdzenie zupełnej słuszności jego zasad leczniczych (str. 185).

Nazwałem powyżej tę część pracy autora szkodliwą i niewątpliwie jest nią ona w zasadzie, nie ze względu na możność złego wpływu na zapatrywania w tej mierze lekarzy, gdyż tego niema co się obawiać, lecz bardziej ze względu na możność demoralizującego oddziaływania na czytającą publiczność, która chętnie czyta rzeczy lekarskie i, wobec braku wszelkiego krytycyzmu, łatwo daje posłuch najniemożliwszym, byle nowym a efektownym teoryom. — Przykładów tego mamy prawie codzień poddostatkiem. Czem cięższe cierpienie, czem przeto większy daje odsetek przypadków, w których wszelkie wysiłki naszej terapii pozostają bezowocnymi, tem chętniej zwracać się będzie ogół ku tym „nowym a pewnym" metodom. Jest to zupełnie naturalne i zupełnie zrozumiałe psychologicznie; tak było zawsze i tak zawsze będzie, pomimo największych postępów naukowego lecznictwa. To też tem oględniej i tem bardziej krytycznie oceniać powinien swe nowe zapatrywania terapeutyczne sumienny badacz, zanim „nieomylne" a „zbawienne" ich wyniki zechce ogłosić dla „dobra cierpiącej ludzkości".

Na szczęście możemy mieć niepłonną nadzieję, iż książka Dra R. nie znajdzie zbyt szerokiego koła czytelników.

Nieco zadługo rozpisałem się o tej pracy, z którą właściwie mówiąc, możnaby było załatwić się znacznie krócej. Poświęciwszy jednakże ze względu na osobę autora, pracującego w ciężkich warunkach na obczyźnie, kilka wieczorów na przewertowanie książki, postanowiłem dać trochę dokładniejszy jej obraz wewnętrzny, tembardziej że na ostatniej stronie widnieje groźny dopisek: „Fortsetzung folgt"!

Kryński.

V. Wyciągi.

Dr. A. Elzpolz: **Uleczenie choroby umysłowej u osoby z włókniakami macicy, po wyjęciu przez pochwę części rodnych wewnętrznych.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 29, r. 1898). Chora, 40 lat licząca, niezamężna, którą autor spostrzegał, cierpiała przed zabiegiem operacyjnym od $2^1/_2$ roku na zadumę; była leczoną częścią w domu i zakładach wodoleczniczych, częścią zaś w klinice profesora Wagnera w Wiedniu. Tak ze strony matki, jakoteż ojca, można było wykazać dziedziczność co do chorób umysłowych. Od dłuższego czasu cierpiała chora na silne bóle w podbrzuszu, które były przyczyną ciągłego rozdrażnienia, a były tak dolegliwe, że z ich powodu usiłowała chora dwukrotnie odebrać sobie życie. Bólom tym towarzyszyły ciągłe obfite krwawienia z części rodnych. Badanie narządów płciowych wykazało macicę powiększoną do rozmiarów pięści dorosłego człowieka, skutkiem włókniaków macicy. Postanowiono wyciąć macicę przez pochwę, na co chora bardzo chętnie przystała. Wraz z macicą usunięto części dodatkowe. Po zabiegu stan zdrowia tak pod względem fizycznym, jakoteż umysłowym szybko się poprawiał. W rok po operacyi chora czuła się zupełnie dobrze, objawy zadumy ustąpiły.

Przyczynę cierpienia umysłowego upatruje autor, obok dziedzicznych wpływów, w krwawieniach, które wyniszczając chorą, oddziaływały ujemnie na jej narząd nerwowy. Równocześnie macica, powiększona skutkiem rozrostu włókniaków, przez ucisk na sąsiednie pnie nerwowe, była przyczyną nerwicy, umiejscowionej w okolicy lędźwiowej rdzenia, objawiającej się silnymi bólami w podbrzuszu. (Hegar). Nerwica ta, zdaniem autora, mogła na drodze odruchu wywołać zaburzenia w dziedzinie umysłowej. *Piotrowski.*

Dr. Breitenberg: **Leczenie krwawień macicznych styptycyną.** (*Wiener medicinische Presse*, Nr. 35, r. 1898). W przypadkach krwawienia macicznego, towarzyszącego różnym chorobom płciowym, stosował autor styptycynę, już to wewnętrznie w postaci kołaczyków po 0·05 grm. preparatu, lub w proszku w tejże samej ilości, który radzi podawać w opłatku, z powodu gorzkiego smaku styptycyny, już też wstrzykiwał styptycynę, jako roztwór w wodzie wyjałowionej, w mięśnie pośladka. Przy wstrzykiwaniach stósował 0·1—0·2 grm. styptycyny na raz, a to w tych przypadkach, w których chciał osiągnąć szybsze i dzielniejsze dzia-

łanie tego środka. Najlepsze wyniki, ze względu na krwawienie, spostrzegał autor w krwawieniach, towarzyszących zapaleniu tkanki okołomacicznej, w zmianach położenia macicy, przewlekłych krwawieniach miesiączkowych i zapaleniach części dodatkowych macicy. W przypadkach krwawienia przy zapaleniu błony śluzowej macicy, styptycyna początkowo nie działała skutecznie, dopiero gdy macicę wyskrobano, a krwawienie mimo tego się utrzymywało, okazywała się styptycyna skuteczną. W jednym przypadku stosował B. styptycynę podczas ciąży, mianowicie przy krwawieniu, które powstało po odprowadzeniu tyłozgiętej macicy ciężarnej. Po podaniu siedmiu kołaczyków, zawierających po 0·05 grm. styptycyny, krwawienie ustało; szkodliwego działania ubocznego nie zauważono. *Piotrowski.*

Prof. Grammatikati: **Moja metoda leczenia stanów zapalnych macicy i jej części dodatkowych.** *(Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie.* T. VIII. Zesz. 2, r. 1898). W przeciwstawieniu do postępowania leczniczego, stosowanego powszechnie przy wysiękach okołomacicznych, a polegającego głównie na spokojnem ułożeniu chorej, okładach na powłoki brzuszne i stosowaniu środków ułatwiających wessanie wysięku i uśmierzających bóle, podaje autor swoją metodę leczenia stanów zapalnych, tak ostrych jakoteż przewlekłych, macicy i jej części dodatkowych, zapomocą wstrzykiwania do jamy macicznej środka silnie drażniącego, to jest 5% roztworu alumnolu w równych częściach 95% wyskoku i nalewki jodowej. Wstrzykiwania uskutecznia autor strzykawką Brauna, zawierającą 2 grm. płynu: *Alumnoli 2·50, Tinct. jodi, Spiritus vini rectificatiss. aa 25·0.* W przypadkach ostrych wystarcza, zdaniem autora, 15—20 wstrzykiwań do szybkiego wessania wysięku i usunięcia nieżytu błony śluzowej. Równocześnie w przypadkach, w których było podwyższenie ciepłoty, wraca ona do stanu prawidłowego a wydzielina z macicy staje się czysto śluzową i nie zawiera wcale drobnoustrojów, krwawienia również ustają. W przypadkach przewlekłych radzi autor stosować co najmniej 40 wstrzykiwań. Już po 15—20 wstrzyknięciach zauważył G. ustanie regularności, która pojawiała się znowu dopiero w 1—2 miesięcy po ukończonem leczeniu. Temu chwilowemu ustaniu czynności płciowych przypisuje autor wielki wpływ leczniczy na sprawy zapalne macicy i jej części dodatkowych, a to tem więcej, że jak się przekonał badając drobnowidowo jajnik wycięty u osoby, u której zastosowano poprzednio 115 injekcyj, równocześnie z ustaniem regularności i pęcherzyki Graafa przestają wzrastać w jajniku. Na preparacie z jajnika nawet zawiązki pęcherzyków Graafa były w pewnym stopniu zanikłe, skutkiem stłuszczenia przybłonków. Przy małych włókniakach macicy ma również, zdaniem autora, wpływ czasowe usunięcie miesiączki na zmniejszenie się włókniaków. Najlepsze wyniki lecznicze po wstrzykiwaniach swoją metodą spostrzegał autor w ostrych przypadkach wysięków okołomacicznych, zwłaszcza powstałych na tle rzeżączkowem. W jednym przypadku mógł się autor przekonać o całkowitem zniknięciu wysięku okołomacicznego, nie tylko zapomocą badania, lecz wprost naocznie przy sposobności przyszycia macicy do powłok brzusznych, u osoby, leczonej poprzednio z powodu wysięku, zapomocą wstrzykiwań do jamy macicznej.

W przypadkach, w których istnieją ogniska ropne w jajniku lub ropny otok trąbek, zmiany te nie ustępują wprawdzie skutkiem wstrzykiwań, robionych metodą autora; ale wysięk, otaczający macicę i jej części dodatkowe, ulega wessaniu, co znacznie ułatwia wydobycie zmienionej chorobowo trąbki lub jajnika, zapomocą zabiegu operacyjnego. *Piotrowski.*

Dr. Spaeth: **Torbiel krezkowy, zawierający mlecz** (chylus), **a naśladujący torbielak jajnikowy.** *(Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 34 r. 1898). Torbiele, umiejscowione w jamie brzusznej, zawierające mlecz (chylus), dzieli Narath na pozaotrzewnowe i krezkowe. Powstają one z rozszerzonych gruczołów i naczyń chłonicznych, w których gromadzi się mlecz, prawdopodobnie skutkiem zamknięcia przewodów odprowadzających. Twory te należą do rzadkich, a nadto umiejscowienie ich utrudnia rozpoznanie. U kobiet, u których tak często ma się do czynienia z torbielami jajnikowymi, niejednokrotnie rozpoznawano torbiel jajnika w przypadkach torbieli, zawierających mlecz, jak to również miało miejsce w przypadku opisanym przez autora. Oto w krótkości przebieg tego przypadku: U chorej 39-letniej, bardzo dobrze odżywionej, z obfitą podściółką tłuszczową, która utrudniała badanie zestawione części płciowych, pojawiły się bóle w podbrzuszu. Badanie przedmiotowe wykazało w jamie brzusznej, w połowie odstępu między spojeniem łonowem a pępkiem, w linii środkowej ciała, guz wielkości dwóch pięści, kształtu okrągłego, o ścianach silnie napiętych, bardzo ruchomy. Związku pomiędzy guzem a częściami dodatkowemi macicy nie można było wykazać. Rozpoznano torbiel jajnikowy i wykonano laparotomię. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że obydwa jajniki były prawidłowe, a guz, uważany za torbiel jajnika, wychodził z krezki. W celu wyłuszczenia guza nacięto pokrywającą go warstwę otrzewnej, przyczem ściana guza została otwartą i wylało się około litra cieczy gęstej jak śmietana, zabarwionej zielonkawo-żółto, która krzepła w zetknięciu z powietrzem. Torbiel wyjęto i zamknięto jamę brzuszną. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, w $3^1/_2$ tygodni chora opuściła zakład wyleczona. Badanie drobnowidowe ścian torbiela wykazało, że składały się one z tkanki łącznej z małą ilością mięśni gładkich i komórek limfoidalnych, a wewnątrz wysłane były śródbłonkiem. W treści torbiela znaleziono dużą ilość kulek tłuszczu i kryształy nie dające się bliżej oznaczyć. *Piotrowski.*

M. Morris: **Co rozumiemy przez wyprysk** (eczema)? *(Posiedzenie tow. lek. londyńsk., lipiec, 1898).* Autor uważa wyprysk za zapalenie nieżytowe skóry, powstałe bez widocznych wpływów zewnętrznych i cechujące się w pewnym okresie rozwoju wysiękiem surowiczym. Przez takie określenie wyłącza on zapalenie skóry (dermatitis), powstałe z przyczyn chemicznych lub mechanicznych. Pierwszy Hebra zaznaczył wyraźnie miejscowy charakter tego cierpienia i określił je, jako chorobę skóry, powstałą skutkiem wpływów zewnętrznych; nowa szkoła nie przemawia ani za przyczyną pasorzytniczą, ani za nerwową. Zdaje się jednak, że w rzeczywistości za przyczynę wyprysku uważać należy zbiór różnych czynników etyologicznych. Unna znalazł w wyprysku pęcherzykowym koki, które nazywa *monococcus*, a w wyprysku łupieżowym (seborrhoea), obok koków, prątki i różne drobnoustroje w strupach i łuskach. Jest wiele powodów przemawiających za zakaźnością tego cierpienia, jeżeli tylko jad natrafi na stosowne dla siebie podłoże. — W niektórych przypadkach wyprysku nie można znowu zaprzeczyć wpływu nerwowego. Dziedziczności M. nie uznaje. Stwierdza, że niektóre choroby wewnętrzne (dna, choroba Brighta, cukrzyca, choroby narządu pokarm.) utrudniają leczenie wyprysku; nie można się jednak dopatrzeć związku przyczynowego. W końcu zwraca uwagę na nieskończoną różnorodność postaci klinicznych wyprysku. *F. K.*

Dr. F. Blumenfeld: **O uszkodzeniu moczowodów przy laparotomiach.** *(Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 31—32 r. 1898). Autor zestawił 15 przypadków laparatomij, wykonanych z powodu guzów umiejscowionych w jamie brzusznej, jako to: włókniaków macicy, guzów jajnikowych, guzów części dodatkowych macicy pochodzenia zapalnego itd., przy których, podczas operacyi, obrażono moczowód. Przebieg moczowodów w tych przypadkach był zupełnie odmienny od prawidłowego. Zdaniem autora przemieszczenie moczowodów powstaje albo w ten sposób, że guz wyrastający z miednicy małej, wysuwa pęcherz moczowy ku górze tak, iż możemy znaleźć moczowód przebiegający nawet w wysokości linii pępkowej, albo też guz, umieszczony z boku macicy, zrasta się z nią i przemieszcza macicę oraz pęcherz moczowy na bok, przez co jeden z moczowodów może zostać przesuniętym w ten sposób, iż będzie przebiegał w linii środkowej ciała. Wreszcie może nowotwór

obrastać moczowód naokoło, a wtedy najłatwiej podczas operacyi przeoczyć go można i przeciąć lub podwiązać.

Najczęściej ulega moczowód uszkodzeniu w odległości 5—8 ctm. od ujścia swego do pęcherza moczowego, a więc w miejscu skrzyżowania moczowodu z tętnicą maciczną. Następstwa przecięcia lub podwiązania moczowodu bywają dla chorych zazwyczaj niepomyślne. Zeszycie przeciętego moczowodu, jeżeli uszkodzenie spostrzeżono już podczas operacyi, lub wyjęcie odpowiedniej nerki, jeżeli zespolić moczowodu nie można, są środkami ratunku. Jeżeli uszkodzenie moczowodu nie zostaje usunięte, występuje wylanie się moczu do jamy brzusznej i zapalenie otrzewnej.

Niezwykłym jest jeden z przypadków podanych przez autora, w którym u chorej, po wyjęciu torbiela jajnikowego, nastąpiła w sześć dni śmierć wśród objawów zapalenia otrzewnej. Sekcya wykazała, jako przyczynę śmierci, zapalenie otrzewnej i zachłystowe zapalenie płuc, nadto okazało się, że moczowód prawy był uchwycony w podwiązkę, jednak w miejscu podwiązania był drożnym dla zgłębnika. Powyżej podwiązki moczowód był rozszerzony do grubości palca. Autor przypuszcza, że parcie moczu w podwiązanym moczowodzie rozluźniło podwiązkę tak, iż moczowód w 6 dni po zabiegu stał się znowu drożnym i gdyby nie zapalenie otrzewnej, które nie mogło być wywołane podwiązaniem moczowodu, gdyż ani kropla moczu nie dostała się do jamy brzusznej, chora ta byłaby prawdopodobnie przyszła do zdrowia, a drożność moczowodu samoistnie została już przywróconą.

Piotrowski.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 5-go października 1898 r.

Przewodniczy kol. Prezes Prof. Dr. Jakubowski. Obecnych 49 członków. Jako goście: koll. Gorecki, Kropaczek, Sołtysik i Gettlich.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego kol. Prezes, zagajając to pierwsze po letnich feryach posiedzenie, w gorących słowach zaznaczył współczucie sfer lekarskich, łączące się z ogólną żałobą po tragicznym zgonie ś. p. cesarzowej Elżbiety. Obecni stojąc wysłuchali tego przemówienia.

Protokóły z poprzednich dwóch posiedzeń odczytano i przyjęto.

I. Kol. Prezes zdaje sprawę z załatwienia sprawy protestu przeciw pruskiemu zakazowi Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Protest ten, wydrukowany w bardzo wielu krajowych i zagranicznych pismach, tak fachowych, jako też i politycznych, rozszedł się w 4-ch językach szerokiem echem po świecie.

II. Następnie podnosi kol. Prezes, jak wielka strata dotknęła Towarzystwo lek. krak. przez zgon najczynniejszego i najdzielniejszego członka, ś. p. kol. Prof. Dra Alfreda Obalińskiego i przedstawia wniosek następujący komitetu:

»Towarzystwo lek. krak. bierze inicyatywę w uczczeniu zasług i pamięci św. prof. Dra Obalińskiego trwałym pomnikiem, w porozumieniu z Wydziałem lekarskim Uniw. Jag. i, w tym celu, upoważnia Komitet do poczynienia odpowiednich kroków.

Podczas przemówienia kol. Prezesa wszyscy obecni powstali z miejsc, a wniosek komitetu został jednogłośnie przyjęty.

III. Kol. Prezes podał następnie do wiadomości kolegów, iż organizuje się polski komitet na XIII-ty międzynarodowy Zjazd lekarski w Paryżu, mający się odbyć w roku 1900; jako delegatów Tow. lek. krak. wybrał Komitet koll.: Kostaneckiego, Kwaśnickiego i Wicherkiewicza.

IV. Następnie kol. Prof. Mars wypowiedział odczyt: »O zbytniej ruchomości macicy«.

Prelegent określił przedewszystkiem nowsze poglądy na położenie prawidłowe macicy u osoby żywej, odmienne od zapatrywań dawniejszych, wedle których długa oś macicy równolegle przebiegać miała do osi miednicy. Wedle badań nowszych autorów macica leży prawie poziomo; położenie jej jednak już w stanach fizyologicznych może się zmieniać, a to zależnie od wypełnienia pęcherza moczowego z jednej — kiszki zaś stolcowej z drugiej strony. W swem położeniu utrzymywaną jest macica zapomocą różnych czynników, z pomiędzy których najważniejszą rolę spełnia przedewszystkiem powięź miednicowa (fascia pelvis), a mianowicie ta jej część (zawierająca liczne włókna mięsne), którą zwiemy *diaphragma pelvis*, następnie mięśnie więzów szerokich, okrągłych i t. d. Te wszystkie czynniki chronią macicę od wypadania i wogóle trwałych zmian w położeniu.

W stanach nieprawidłowych może czasem ten narząd więzów uledz rozluźnieniu, zwiotczeniu, wskutek czego może powstać zbytnia ruchomość macicy (labilitas uteri). Prelegent spostrzegał dwa bardzo ciekawe takie przypadki; w jednym z nich można było macicę (jako ruchomy guz w dolnej części brzucha wyczuwalną) w dołek podsercowy przemieścić, w drugim ruchomość na boki była tak wielką, iż końcami palców przy badaniu można było zupełnie dowolnie na prawo i lewo macicę przesuwać. W obu tych przypadkach założenie krążka usunęło w zupełności bardzo przykre dolegliwości.

Po skończonym odczycie zabrał głos kol. Prezes i wyraził żal z powodu wyjazdu do Lwowa tak zasłużonego członka Towarzystwa, jakim jest kol. prof. Mars, który nietylko przodował zawsze w kierunku naukowym, lecz także wiele pracy poświęcił i zasługi położył, jako członek Komisyi redakcyjnej »Przeglądu lekarskiego« i inicyator funduszu budowy domu Tow. lek. — Kol. Prezes żegna kol. Marsa imieniem wszystkich kolegów i życzy pomyślności na nowem stanowisku. (Gromkie oklaski).

Kol. Mars, wzruszony do głębi, dziękował kolegom za okazywaną mu życzliwość i żegnając się zapewnił, że, choć z daleka, będzie zawsze utrzymywał najściślejsze z naszem Towarzystwem stosunki.

Dr. Xawery Gorski,
sekretarz doroczny.

VII. Korespondencya.

Lwów, 21 Października.

Dwadzieścia pięć lat minęło od czasu, kiedy w r. 1873, na pierwszym swym Zjeździe wiedeńskim, wysłannicy Towarzystw lekarskich rakuskich stwierdzili potrzebę skupienia się stanu lekarskiego, który, rozproszony pośród innych, a coraz silniej się konsolidujących warstw społecznych, zatracał coraz bardziej swe wybitne ongi stanowisko. Piętnaście lat, t. j. od r. 1876, w którym to roku na drugim takim Wiecu Towarzystw lekarskich zgodzono się na potrzebę wprowadzenia przymusowych Izb lekarskich, do r. 1891, t.j. do zatwierdzenia ustawy o Izbach lekarskich, walczono niezmordowanie o ten, jak się w owe czasy wyrażano, „ideał“ naszych marzeń. Sześć lat mija od czasu, jak wprowadzone w życie w roku 1893 Izby lekarskie niestrudzenie pracują, a my, rozbitki jak dawniej, napróżno pytamy, gdzie owoce tyloletnich zabiegów.

Że tak jest, że w Izbach samych, po pięcioletniej ich działalności, trudne warunki ich bytu doprowadziły do takiego rozgoryczenia i zwątpienia, że w ich łonie mogło powstać pytanie: „czy nie lepiej zawiesić czynności, czy nie lepiej rozwiązać się“ — temu winna w pierwszej linii niewątpliwie ustawa o Izbach. Pośrednio jednak winniśmy wyłącznie my sami. Winniśmy przez brak solidarności zawodowej, winniśmy przez niedbałość o interesy stanu.

W społeczeństwie dzisiejszem stanowisko lekarza, jako jednostki, nie jest bynajmniej upośledzonem. Wpływ lekarza sięga wszędzie i nie mało waży; ale my uważamy za niegodne wyzyskiwanie tego wpływu dla celów osobistych, a interesy naszego stanu, za osobiste przywykliśmy uważać.

To też w życiu prywatnem naszem o podniesienie znaczenia Izb lekarskich, oprócz tych chyba, co sami do wydziału Izb należą, nikt z nas nie dba i nikt się nie stara. O te sześć złr. rocznej wkładki, koronę miesięcznie, przeprowadzamy z Izbą formalne procesy, nie z potrzeby, bo potrzebę Izba by uwzględniła, ale dla udowodnienia tej Izbie, jak mało o nią dbamy, jak ona nam jest nienawistną. Wedle opinii naszej, wedle opinii najbliższych, kształtuje się opinia ogółu. Skarżą się Izby, że na zabiegi ich u władz, władze te najczęściej albo wcale nie odpowiadają, albo odpowiadają odmownie. Czyż władze to nie musiałyby się liczyć z Izbami, gdyby czuły, że za Izbami naszemi gotowa się każdej chwili ująć silnie zespojona, nie mała, a wpływowa warstwa cała lekarzy? Znaczenie prawnej przedstawicielki tej warstwy podupada, z nią stan cały traci na swem znaczeniu, a by takie upośledzenie całego stanu nas

tylko osobiście dotyczyło, by ono dla reszty społeczeństwa mogło być obojętnem, nie sądzę.

Tegoroczny Wiec Izb lekarskich rakuskich, który jak w poprzedniej korespondencyi wspomniałem, we Lwowie wysłanników tych Izb zgromadził, tem się właśnie odznaczył, że pomijając szczegóły i objawowe tychże leczenie, z takiego ogólnego szerokiego punktu widzenia sprawy nasze rozpatrywał. Przedewszystkiem podjęto myśl by Izby łącznie, wszystkie razem, złożyły wspólny hołd z powodu pięćdziesięcioletniego jubileuszu, aby przy sposobności tej zaznaczyć, że istnieje stan lekarski, który się do jedności poczuwa i któremu się właściwe miejsce wśród innych warstw społecznych należy. Powtóre uchwalono przedstawienie do rządu, w którem skreślono ciężkie warunki bytu lekarzy, i jeszcze trudniejsze położenie Izb, powołanych do prawnego zastępowania naszego stanu. Wyłuszczono tam powody ogólno europejskie i szczególne, tyczące się Austryi, które niekorzystne dla nas warunki stworzyły. Przedstawiono wreszcie środki. którymiby choć w części złemu zaradzić można.

Życzyć by należało, żeby akt ten Izby w pierwszej linii do wiadomości lekarzy samych podały, aby w pierwszej linii lekarze sami ze swego położenia i z powodów tego położenia jak najdokładniejszą zdali sobie sprawę, bo nikt nam nie pomoże, jeśli sami sobie nie pomożemy. Życzyć by należało, by Izby wogóle starały się o poznajamianie lekarzy z tem, co i jak robią, by się starały błędne zapatrywania ogółu na ich działalność sprostować, by się starały zaufanie tego ogółu pozyskać, przezwyciężyć niedowierzanie.

Niedowierzanie, to jedna z najwybitniejszych cech naszego wieku, odzywa się ono zawsze i wszędzie. Projekt pokojowy zrodził w pierwszej linii pytanie, jakie praktyczne pobudki mogło mieć mocarstwo, które tak szczytną myśl podjęło. Takie samo niedowierzanie wywołało zwołanie ankiety w sprawie reformy szkół średnich. W pierwszy ogień poszły pytania: *cui prodest?* Czy to militaryzmowi, czy sferom klerykalnym wyniki dzisiejszego wychowania nie odpowiadają. Dalej pytano, czy też tu nie idzie jedynie o przedłużenie i dziś już nazbyt długiego okresu nauki szkolnej?

Nas ta sprawa obchodziła nietylko jako ojców i obywateli, powołano nas bowiem na rzeczoznawców. Towarzystwo lekarzy galicyjskich zostało zaproszone do obesłania ankiety, a Rada zawiadowcza powierzyła wybór posłannika sekcyi lwowskiej, która na dwu nadzwyczajnych posiedzeniach sześć godzin straciła, nie nad samym wyborem wysłannika, ale nad określeniem stanowiska, jakie nasz delegat ma zająć, nad zbieraniem życzeń, jakie on ma imieniem lekarzy postawić.

Co do stanowiska zgodzono się łatwo na zapatrywanie, że my lekarze badamy i leczymy człowieka, jako całość, więc też jesteśmy powołani na rzeczoznawców całości, że zajęcie stanowiska uwzględniającego tylko higienę ciała byłoby błędnem. Inna rzecz z poszczególnemi życzeniami. Uczyć języka greckiego, czy nie uczyć. zostawić rozdział wychowania klasycznego i realnego. czy też znieść go? Dysputa była długa, byli nawet tacy, co chcieli odpowiadać na poszczególne pytania kwestyonaryusza, choć godzili się ze zdaniem ogółu społeczeństwa, że kwestyonaryusz ułożony jest tylko, *ut aliquid fecisse videatur*.

To, że zadaniem szkół średnich jest pomoc w rozwinięciu się i wykształceniu całego człowieka, w rozwinięciu i wykształceniu wszystkich jego wrodzonych sił i zdolności, to jest takim ogólnie przyjętym pewnikiem, że przechodzi się nad nim zupełnie do porządku dziennego. W tym pewniku jest jednak jasna i prosta odpowiedź. Dzisiejsze gimnazya uczą wnioskować i rozumować, dzisiejsze szkoły realne uczą spostrzegać; zadaniem zaś szkoły jest uczyć i spostrzegania i wnioskowania, więc oba dzisiejsze systemy, jako jednostronne, są błędne. Zadaniem szkoły jest uczyć nietylko spostrzegania i wnioskowania, ale i uważania i pamiętania, zadaniem jej nadto kształcić wolę i zamiłowanie do obowiązku, więc dzisiejszy system nauczania w szkołach gimnazyalnych i realnych, nawet w jedność zlany, będzie niedostatecznym.

Jestto takim pewnikiem, że zadaniem pedagogii jest, jak wspomniałem, pomaganie naturalnemu, fizyologicznemu rozwojowi dziecka, że nikt się nie trudzi badaniem tego naturalnego, fizyologicznego rozwoju. Pedagogowie nie trwożą się np. o to, że dziecko zarówno fizycznie jak psychicznie nie rozwija się stale, równomiernie we wszystkich kierunkach, ale że w rozwoju jego, zależnie od okresu tego rozwoju, jeden lub drugi kierunek przeważa, któryś z kierunków bierze górę nad innymi i że w tym kierunku wtedy wrażliwość i podatność jest większa, że zatem na rozwój tego kierunku należałoby wtedy główną zwrócić uwagę.

W dzisiejszem szkolnictwie w szablon obcy, nie uwzględniający nie tylko już poszczególnych właściwości jednostek, ale nawet ogólnych właściwości rodzimych, wtłoczono pewną grupę tak zw. przedmiotów szkolnych, zrobiono bez wyboru podział na tyle a tyle lat i tyle a tyle godzin. Przedmioty te, zagłębiając się w szczegóły, rozrosły się tak, że dzisiaj godzin nastarczyć im nie można, a uczeń wychodzący ze szkół, nie ma pojęcia o wielu podstawowych i tak potrzebnych mu w przyszłem życiu sprawach, jak higiena, ekonomia polityczna i wiele, wiele innych.

Wynikiem rozpraw było, że w dzisiejszej szkole nie za dużo, ale źle uczą i że to jest powodem przeciążenia, zniechęcenia i wstrętu, jaki się budzi w uczniach w pierwszym rzędzie do nauk, a w następstwie do wszelkich obowiązków.

Delegatem Towarzystwa wybraliśmy Dra Stroynowskiego, nie dano mu jednak jakichś stanowczych, ściśle określonych poruczeń, bo spodziewano się, że rozprawy ankiety nie zamkną się w odpowiadaniu na ciasne pytania ogłoszonego kwestyonaryusza, ale raczej zajmą się określeniem punktu wyjścia, podwalin, na których później możnaby wygotować racyonalny jakiś kwestyonaryusz. Jakie zapatrywania w tej sprawie wygłoszono, już skreśliłem, a dodam tylko, że prócz życzenia, by w Radzie szkolnej zasiadał lekarz, wyrażono drugie, by lekarze szkolni w konferencyach gron nauczycielskich udział i głos mieli.

Co do wdzięczności, o której Czcigodna Redakcya Przeglądu w kronice ostatniego numeru wspomina, zaznaczyć muszę, że ona u nas we Lwowie jest nader nikłą roślinką. Miast wdzięczności dla naszej najwyższej magistratury krajowej za powołanie Towarzystwa lekarzy galicyjskich do obesłania ankiety, wyrażono zdziwienie, że ono jedno tylko z ciał lekarskich zostało powołane, że nie powołano np. Krajowej Rady zdrowia. Miast wyrazów wdzięczności dla tych, którzy brali udział w obradach, odezwały się utyskiwania, że tak niewielu kolegów sprawą się zainteresowało. Wśród radzących bowiem panowało przeświadczenie, że choćby miało być prawdą, to co Piast w *Słowie polskiem* pisze, że „księża żyją z naszych grzechów, lekarze z naszych chorób, prawnicy z naszych kłótni“, to przecież nie samym tylko chlebem żyje człowiek, a naszym ideałem, wbrew logice: ogólne zdrowie.

Dr. Verax.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 27 Października.

Szanowny Panie Kolego Redaktorze!

Wobec przypadków dżumy doświadczalnej, jakie miały miejsce w Wiedniu, nie od rzeczy będzie zastanowić się, czy i o ile grozi nam obecnie rozszerzenie się zarazy. Doświadczenia, zrobione w siedlisku zarazy, Indostanie i Indochinach, dowiodły, że do ograniczenia zarazy wystarczają bardzo proste środki. Dosyć jest odosobnić należycie chorych, niszczyć ich wydzieliny i odrażać pościel, ubranie i mieszkanie zapomocą zwykłych sposobów, ażeby kres położyć szerzeniu się zarazy. Ponieważ środki te przedsięwzięto i z należytą energią szybko wykonano, sądzić zatem można, że zaraza się nie rozszerzy. Nie uważałbym nawet za potrzebne przedsiębrania desinfekcyi kanałów w razie ucieczki zakażonych szczurów, jeżeli ta wiadomość okaże się prawdziwą. W tych warunkach bowiem, gdzie zarazek nie ma możności bezpośredniego zetknięcia się z człowiekiem, zakażenie nastąpić nie może. Zresztą wilgotna zawartość kanałów zatrzymuje zarazek, stopniowo go osłabia i niszczy. Nawet w Indochinach tam tylko kanały zdawały się szkodliwie oddziaływać, gdzie były otwarte, a więc możliwem było zetknięcie się z ich zawartością.

Badając zachowanie się sfer lekarskich, dziwić się należy, dlaczego nie stosowano w celach leczniczych i zapobiegawczych surowicy leczniczej? Dla czego wreszcie ów Barisch nie był szczepiony ochronnie? Jako przyczynę, znam tę sprawę tylko z dzienników, podawano niedostateczne wypróbowanie surowicy, jako leczniczego środka. Czy jest jaki racyonalniejszy i lepszy? Czy było co do wyboru? Mojem zdaniem, przez niezastosowanie surowicy popełniono błąd, który kosztował życie człowieka, a może i dwu ludzi. Wykluczam Barischa, u którego rozpoznanie może zapóźno zostało postawione.

Doświadczenia nad dżumą nie powinny były być robione, jeżeli pod ręką nie było surowicy przeciwdżumowej.

Przypadki dżumy w Wiedniu każą zastanowić się głębiej nad przyczynami podobnych, a coraz częściej trafiających się zakażeń, przy badaniach doświadczalnych. Coraz częściej słychać o asystencie lub służącym, którzy zarazili się nosacizną, cholerą, gruźlicą. Przypadki te zaczynają należeć do rzeczy zbyt powszednich i gdyby nie groźba rozszerzenia się zarazy na ludność, przeszlibyśmy i nad tymi przypadkami dżumy do porządku dziennego.

Badania takie wymagają oczywiście bardzo wielkich ostrożności i pewne niebezpieczeństwo zawsze przy ich wykonaniu grozić może; dla tego niedoświadczony pracownik, niepewny służący, nie powinni dostawać do rąk zakaźnego materyału. Każda probówka z zarazkiem winna być należycie zniszczona, każde zwierzę, padłe na zakaźną chorobę — zniszczone zapomocą wrzącej wody lub spalone, a każdy pracujący winien być pouczony o metodach niszczenia zarazków.

Wszystko to jednak nie wystarcza. Ażeby pracować nad zarazkami, potrzeba miejsca i środków. Zakłady bakteryologiczne i higieniczne w Austryi w ogólności posiadają środki zupełnie nie licujące z zadaniem, jakie spełniać mają. Ciasne stare domy, korytarze, zamienione na pracownie, pokój profesora, a w nim klatki z zakażonemi świnkami i królikami (tak się dzieje w zakładzie higienicznym w Wiedniu), czy to warunki do pracy? Istnieją nadzory fabryczne; szkoda, że niema nadzorów dla zakładów naukowych pod względem bezpieczeństwa dla pracujących. Wieleby się wówczas dało wykazać. Trzeba nadludzkich prawie wysiłków, ażeby Zakład postawić w możliwych do pracy warunkach.

Dotacye Zakładów, mających prowadzić badania nad chorobami zakaźnemi, są tak niewystarczające, że częstokroć, gdyby nie inicyatywa prywatna, nie możnaby się tknąć najważniejszych zagadnień. A ilu to spraw istotnie poruszyć nie można, z obawy rozszerzenia zakażenia na otoczenie, właśnie skutkiem braku miejsca i środków.

Tego rodzaju badania i ofiary, jakie za sobą one pociągają, winny otworzyć oczy sferom miarodajnym na tę palącą potrzebę utworzenia Zakładów do badań nad chorobami zakaźnemi, na wzór Instytutu Pasteura w Paryżu, lub Zakładu dla chorób zakaźnych Kocha w Berlinie, Zakładu księcia Oldenburskiego w Petersburgu, zresztą choćby na wzór Stacyi miejskiej w Odessie. Wówczas badania naukowe nie potrzebowałyby się tułać po ciasnych zakątkach szpitali, lub po nieodpowiednio urządzonych starych zabudowaniach; byłoby więcej bezpieczeństwa, a i korzyści dla ogółu byłyby oczywiste.

Łączę wyrazy wysokiego poważania

O. Bujwid.

* Krajowa Rada zdrowia odbyła w sobotę posiedzenie, poświęcone zabezpieczeniu Galicyi od zawleczenia dżumy z Wiednia. Rada zdrowia wyraziła słuszne zapatrywanie, że na razie nie zachodzi żadne niebezpieczeństwo w tym kierunku. Uchwalono jednak, na wypadek stwierdzenia dżumy w Wiedniu po za szpitalem, zarządzić nadzór nad osobami, przybywającemi z Wiednia.

* Lwowska Komisya sanitarna odbyła w niedzielę posiedzenie, na którem zastanawiano się, z powodu przypadków dżumy w Wiedniu, nad pewnemi zarządzeniami, które już dziś należałoby przedsięwziąść, w celu zachowania niezbędnej ostrożności. Uchwalono polecić zarządowi miejskiemu, ażeby się zajął wypracowaniem planów na baraki, a tymczasowo skorzystać z uprzejmości namiestnictwa, które oddaje miastu do ewentualnego użytku baraki dekerowskie. Wychodząc z zasady, że czystość jest najskuteczniejszą obroną miasta, wniósł Dr. Pisek, ażeby zdwoić usiłowania w tym kierunku; w myśl tego zapatrywania powzięto odpowiednie uchwały.

* Namiestnictwo wydało rozporządzenie w sprawie przestrzegania czystości i porządków w całym kraju.

* Dzienniki donoszą, że w podwórzu wiedeńskiego szpitala powszechnego znaleziono w pobliżu kanału wielką liczbę nieżywych szczurów, które, według ścisłych badań bakteryologicznych, poginęły z dżumy. Przypuszczają, że Barisch wylewał wodę, którą zmywał stoły laboratoryjne, do kanału; lecz stać się mogło także, że szczury zakaziły się wypróżnieniami chorego na dżumę Barischa. Jeśli ta pogłoska potwierdzi się, to wobec znanego udziału szczurów w szerzeniu się dżumy, należy mniej twierdząco utrzymywać, że dżuma nie może wyjść po za mury szpitala powszechnego.

* W Wiedniu powstała myśl wystawienia pomnika zmarłemu Drowi Müllerowi w drodze składek. Pomnik stanąłby w »Arkadenhof« gmachu uniwersyteckiego.

† **Dr. Herman Müller.** Dnia 23-go b. m., wśród wielce tragicznych okoliczności, zakończył w Wiedniu życie z dżumy Dr. Herman Müller, asystent prof. Nothnagla, członek austryackiej ekspedycyi dżumowej do Indyi, lekarz, zapowiadający wielkie nadzieje na niwie naukowej, człowiek niepospolity, nieugiętej woli i bohaterskiego ducha. Jak każdy poważny umysł, Müller, licząc zaledwo lat 32, nie brał się jeszcze do pióra, a pracowity dotychczasowy swój żywot poświęcił kształceniu się; dopiero w ostatnim roku zabrał się do napisania obszernego dzieła o dżumie, owocu kilkomiesięcznych badań w Bombayu, lecz nie doczekał się wyjścia tej pracy z pod prasy. Powszechnie wiadomo, że ś. p. Müller nabawił się dżumy w śród pełnienia obowiązków swego zawodu; parę dni konania przeżył on w tak wzniosłym nastroju ducha, tak był niepospolitym, heroicznym, a jednocześnie pokornym, że jasny ten obraz pięknej duszy ludzkiej chciałoby się utrwalić na widowni świata, by nikt już nie wątpił, że prawdziwa wiedza nie gasi ognia świętego, nie ostudza zapału do poświęcenia. Jak długo starczyła omdlewająca prawica spisywał on swe spostrzeżenia nad rozwojem tych groźnych objawów chorobowych, które go miały do grobu wtrącić. Świadomy swego stanu, pragnął on ze swych cierpień zaczerpnąć światła dla ukochanej przez siebie nauki. Pokój cieniom szlachetnego człowieka, który spełnieniem obowiązków powołania ozdobił swój zawód, a zwątpiałej ludzkości pozostawił jasny obraz poświęcenia się dla miłości bliźniego.

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie w ostatnich czasach rozwinęło znaczną ruchliwość wydawniczą. Po wydaniu dzieł Prof. Jaworskiego i Dra Piska, rozpoczął się już druk oryginalnego dzieła Prof. Dra Wachholza pod tyt.: »Zarys medycyny sądowej dla użytku uczniów i lekarzy«. Dzieło to, ozdobione przeszło 50 rycinami, powinno być wdzięcznym nabytkiem zarówno dla lekarzy i uczniów medycyny, jak niemniej urzędników sądowych i uczniów wydziału prawa. Uwzględnia ono zarówno prawodawstwo austryackie, jakoteż rosyjskie i niemieckie. Członkowie Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie otrzymają dzieło to, jako bezpłatne premium za rok 1899.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Nowinach lekarskich* (Nr. 10): Prof. Dra Wicherkiewicza: O zwiotczeniu skóry powiekowej, powodującem opadnięcie powieki. Dra W. Haszkowca: Porażenie wrzekomo opuszkowe. W *Medycynie* (Nr. 42): Szumowskiego W.: Przyczynek do badań toksykologicznych i chemicznych nad lasecznikiem gruźlicy. Dra Grosglika: Przypadek urazowego rozdarcia cewki kroczowej, oraz uwagi o leczeniu ciężkich urazów cewki. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 42): Barszczewskiego Cz.: Zatrucia pokarmami mięsnymi. Prof. Rydygiera: Pierwszy rok istnienia kliniki chirurgicznej w Lwowie. — W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 19): Dra Polikiera. Przypadek tężca noworodków, zakończony wyzdrowieniem. Dra Zawadzkiego J. Śmierć naturalna czy gwałtowna, utopienie czy uduszenie. Dra Brunnera J.: Najnowsze prądy w nauce o odporności. W *Medycynie* (Nr. 43): Dra Stępkowskiego Fr.: Przyczynek do etyologii ciąży zamacicznej. Dra Szumowskiego W.: Przyczynek do badań toksykologicznych i chemicznych nad lasecznikiem gruźlicy. W *Gazecie lekarskiej* (Nr. 43): Dra Sokołowskiego A.: Zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych przy wadach zastawkowych serca. Pechkranza St.: Z kazuistyki nowotworów przysadki mózgowej.

Redakcya otrzymała:

— Wróblewski A.: Nowy białkowy składnik mleka. (Odbitka). Kraków, 1898.

— Dr. Bulikowski: Jeszcze słów kilka o potrzebie upaństwowienia przepisów profilaktycznych, przeciwko gruźlicy skierowanych. (Odbitka). Warszawa, 1898.

— Dr. Spira: Otitis externa. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Dr. Landau: Das Tannoform in der Kinderpraxis. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Prof. Dr. Prus: O drogach przewodzenia i istocie padaczki korowej. Kraków, 1898.

— Prof. Dr. Jaworski W.: Ueber die Ehrnährung der Kranken durch Kraftmilch. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Tenże: Die Uebersäuerung des magens und deren Behandlung mit Aqua alcaliaa effervescens. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Tenże: Ueber die Behandlung der katarrhalischen Diarrhoe mit Aqua calcinata effervescens. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla Prenumeratorów zamieszkałych poza obrębem Austryi dodatek o „*Wodzie Miterbadzkiej*".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków, 5. Listopada 1898. Nr. 45.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.

Leczenie rwy kulszowej (ischias) zewnętrznem stósowaniem kwasu solnego.

Napisał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

Do najczęstszych nerwobólów należy, jak wiadomo, obok rwy twarzowej — nerwoból kulszowy.

Nerwoból kulszowy inaczej rwa kulszowa (*neuralgia ischiadica, ischialgia, ischias, ischias postica, neuralgia femoro-poplitea, malum Cotunnii*, od lekarza włoskiego Cotugno, który rwę opisał dokładnie jeszcze w r. 1764 [1]); po staropolsku: *scyjatyka)* jest często niezwykle przykrem i uporczywem cierpieniem.

Rozpoznawszy rwę kulszową, należy dojść do etyologii tej choroby, gdyż do niej musi się stósować leczenie. Największą liczbę przypadków rwy kulszowej stanowi rwa przyrody gośćcowej (ischias rheumatica). Określenie takie wprawdzie jest tylko pokryciem naszej nieświadomości, co do istotnej przyczyny choroby; przecież odznacza dobrze cały szereg przypadków rwy od innych, których tłem są inne choroby (jak dna, zimnica, cukrzyca, kiła, guzy uciskające nerw, nowotwory, choroby macicy i jej otoczenia itp.).

W leczeniu rwy gośćcowej, o której już tylko w dalszym ciągu mówić będę — używamy leków wewnętrznych i zewnętrznych. Leki wewnętrzne, używane w rwie, do których zaliczają się tak liczne środki przeciwgorączkowe i przeciwgośćcowe (salicylan sodowy, fenacetyna, antipyrina, salipyrina, antifebrina, analgen itd.), działają nieraz rzeczywiście skutecznie, znoszą objawy chorobowe, to jest ból; wpływ ich jednak jest przemijający, krótki. To też nic dziwnego, że obok nich lub i bez nich, uciekamy się do leków zewnętrznych, działających miejscowo na okolicę nerwobólem zajętą. Szereg tych środków zewnętrznych wcale pokaźny: a więc maście kojące z podstawą makowca, wilczej jagody (Belladona), chloroformu itp.; wstrzykiwania podskórne w okolicę nerwu zajętego bólem — z wody, morfiny, atropiny, antipiryny, azotanu srebrowego, nalewki jodowej, chloroformu itd., oraz niedawno zalecone z błękitu metylenowego na tej zasadzie, że barwik ów posiada szczególne powinowactwo do osiowych włókien nerwowych [2]).

Mięsienie, elektroterapia (prąd stały i pędzel faradyczny), hydroterapia z rozmaitymi zabiegami okładów, zawijań, natrysków zwykłych i szkockich, kąpiele alkaliczne, siarczane, wapienne, cieplice, rozpylanie chlorku metylowego, eteru — stanowią dalszy szereg sposobów miejscowych, używanych w rwie kulszowej. Najdosadniej działają w końcu środki odwodzące, a wpływ ich można wytłómaczyć w ten sposób, że podrażniając silnie skórę i nerwy skórne ponad miejscem bolącem, sprowadzają rozszerzenie naczyń powierzchownych, a opróżniają naczynia głębsze i przez to przytępiają pobudliwość nerwów zajętych nerwobólem. Środki odwodzące stosuje chętnie terapia francuska, mniej niemiecka, zaś terapia polska w tym względzie stoi mniej więcej pośrodku, zbliżając się jednak więcej ku postępowaniu lekarzy francuskich. Sporo mamy środków odwodzących od łagodnych aż do najsilniejszych: bańki suche, pryszczydła zwykłe i tak zwane latające, gorczyczniki, przypieczki (moxa), dawniejsze, a dzisiaj znowu odgrzebane z niepamięci zawłoki, wreszcie „ferrum candens", żelazo rozżarzone — to jest żegadło Pacquelinowskie. Ponieważ najdosadniejszy z tych środków, to jest żegadło, w wykonaniu przedstawia pewne niedogodności dla lekarza i dla chorego, chciano go zastąpić przyżeganiami zapomocą kwasów żrących.

Z pomiędzy nich próbowano najpierw kwasu siarkowego, mianowicie w terapii lekarzy francuskich (jeszcze w r. 1860 Dr. Legroux, potem Dr. Leroy i Dr. Morshy z Constantine [1]). Jednakowoż kwas siarkowy działa zanadto silnie na skórę, niszczy tkanki w głąb i drążąc, sprowadza nieraz rozległe obumarcia skóry. To też stósować go nie można i dzisiaj już go nie zalecają.

Jest przecież inny kwas, a mianowicie **kwas solny**, który dał się do tego celu zużytkować. Kwas ten nadżera tylko powierzchownie, a przytem wywoływa silny odczyn, jest więc dobrym środkiem odwodzącym. Kwasu solnego zaczął próbować najpierw z dobrym skutkiem Dr. Saliège w szpitalu miejskim Mustapha, a potem Dr. Ch. Gennatas [2]), który w rozprawie swej (Thèse inaugurale), wyłożonej przed wydziałem lekarskim w Montpellier, ogłosił bardzo pomyślne wyniki, osiągnięte w rwie kulszowej.

Przypalania żegadłem Pacquelinowskiem, jak wspomniałem, przedstawiają pewne niedogodności; jest to już zabieg większy, wymagający przedewszystkiem przyrządu kosztownego, dalej nie zawsze pożądany przez chorego, który nań zgodzić się nie może, lub nie chce. Z tych powodów zastąpienie żegadła kwasem odpowiednim jest wdzięcznem zadaniem, jeżeli do tego jest uwieńczone powodzeniem.

[1]) D. Cotunnii Comment. de ischiade nervosa. Neapol. 1764.

[2]) Ehrlich u. Leppmann. Ueber schmerzstillende Wirkung des Methylenblau. Deutsche med. Wochenschrift, 1890. Nr. 23.

[1]) Patrz w »La Semaine Médicale« 1897. Nr. 50, str. 400.
Duchesne zalecał też posypywanie skóry kwiatem siarczanym, a na to opaskę ciepłą, podobno z dobrym skutkiem. (Journ. de méd. de Paris, 1888, Nr. 3).

[2]) Traitement de la sciatique par des applications d'acide chlorhydrique.
La Semaine Medical. 1897. 27 Octobre Nr. 50, str. 400.

Dlatego też postanowiliśmy w klinice wypróbować stósowanie kwasu solnego i dojść pod tym względem do pewnego przekonania.

Nasamprzód podaję sposób zastósowania kwasu solnego, używany prze Dra Ch. Gennatasa, oraz wyniki jego.

Potrzeba jakich 15—20 grm. czystego zgęszczonego kwasu solnego, którym się pomazuje miejsca bolące, a następnie zakłada się opatrunek z waty. Po upływie doby lub dwu dob zabieg się powtarza, jednak należy unikać nakładania kwasu w miejsca pokryte pęcherzykami, aby nie wywołać zapalenia skóry. Skutek takiego leczenia był znakomity u dwunastu chorych z rwą kulszową. Po 3—5 pomazaniach, co wymagało od 7—25 dni; nastąpiło zupełne wyzdrowienie. Dr. Gennatas miał sposobność stósowania takiego leczenia tylko w rwie czysto nerwobólowej (neuralgia ischiadica), nie próbował go, z braku przypadków, w rwie zapalnej (neuritis ischiadica).

Przystąpiwszy do stósowania kwasu solnego, wyrobiliśmy sobie następujący sposób, którego się we wszystkich przypadkach obecnie w klinice trzymamy. Najpierw oznaczamy dokładnie wszystkie „miejsca bolesne" na ucisk w przebiegu nerwu (tak zw. „points douloureux" Valleixa), oraz miejsca bolesne na stosie pacierzowym, czyli „miejsca pacierzowe" (tak zw. „points apophysaires" T r o u s s e a u a), jeżeli oczywiście w danym przypadku istnieją. Miejsca te zakreśla się ołówkiem dermatograficznym i pomazuje kwasem solnym w leżącej postawie chorego, brzuchem na łóżku. Do pomazywań najodpowiedniejszym pokazał się pręcik szklany, a raczej rurka dosyć gruba, zatopiona na końcu w ogniu dmuchawki w karby, około których można mocno przytwierdzić tasiemką kawałek odpowiednio złożonej waty.

Laseczką tą z gałką wacianą, umaczaną w czystym zgęszczonym kwasie solnym, pomazujemy skórę kilkakroć wzdłuż kresek, naznaczonych ołówkiem w szerokości kilku ctm, uważając, aby nadmiar kwasu nie ściekał na posłanie lub bieliznę chorego. Wśród tych pomazywań powstają nieraz, zwłaszcza, gdy w otoczeniu chorego jest ciepło (a więc więcej pary wodnej), wyziewy z pary kwasu solnego, które z wilgocią z powietrza razem połączone unoszą się jak dym i mogą zadrażnić narząd oddechowy lekarza, mniej chorego, bo ten twarzą od nich odwrócony; to też trzeba się strzedz przed wdychiwaniem tych wyziewów, albo też zasłonić sobie nos chustką.

Chwilę po pomazaniu chory leży spokojnie, aby kwas mógł wniknąć i napoić dobrze przyskórek, poczem zakłada się opatrunek niezbyt gruby z waty i przymocowywa się opaską. Opatrunek zostaje aż do następnego smarowania, albo też, jeżeli w przerwie chory ma brać kąpiel, to się go po kilku godzinach zdejmuje.

Stósownie do tego, czy w danym przypadku na kończynie chorej istnieje n a d c z u ł o ś ć b ó l o w a (hyperalgesia), jak bywa zazwyczaj w świeżej rwie, lub też w dawniejszej rwie występująca n i e c z u ł o ś ć na ból i n i e d o c z u ł o ś ć (anaesthesia, hypalgesia) — chory rozmaicie odczuwa odczyn smarowania. Więc pieczenie będzie znaczne w pierwszym razie, a w drugim wcale chory nie czuje najmniejszego bólu, czasem znów bardzo słaby ból. W niektórych przypadkach dopiero po kilku pomazaniach chory zaczął wogóle odczuwać działanie kwasu, a z początku miał wrażenie, jakoby zwilżenia skóry wodą, mimo, że skóra była dobrze zaczerwieniona. W chwilę po pomazaniu następuje przekrwienie znaczne skóry; po pewnym zaś czasie wzmaga się ciepłota miejscowa skóry na kończynie. Większy stopień odczynu stanowią pęcherzyki drobne, napełnione cieczą surowiczą, podobne do pęcherzyków po sparzeniu pokrzywą. Następnie, w dalszym przebiegu pomazywań, występują p l a m y ze zniszczonego przyskórka, barwy szaro zielonawej, otoczone obwódką żywo różową. Później jeszcze powstają ograniczone nadżarcia, niemające jednak skłonności do ropienia, lecz łatwo zastrupiające się. Wówczas, jak wogóle śród całego tego leczenia pomazywaniami kw. solnym, należy polecić kąpiel ciepłą, a po niej smarowanie jakąś gojącą maścią (n. p. cynkową).

Przerwy pomiędzy pomazywaniami muszą się stósować do odczynu wywołanego ostatniem pomazaniem. Zazwyczaj co drugi lub trzeci dzień można ponawiać zabieg, wyjątkowo co kilka dni.

Chorzy znoszą dobrze pieczenie, które nie jest znowu nadzwyczajne, chyba w przypadkach, połączonych z wielką nadczułością. Już po pierwszem pomazaniu następuje często znacza ulga w bólach, oraz poprawa sprawności kończyny chorej.

Niekiedy znów ulga występuje dużo później, po kilku smarowaniach, ale jest trwała; to też nie należy się zniechęcać pozorną bezskutecznością z początku tego leczenia. Wśród stósowania pomazywań, co jest rzeczą uwagi godną, spostrzedz można często rozpromienianie się bólu w zakres innego nerwu, kiedy równocześnie obszar dawniejszego nerwobólu znikał. Tak np. może się pojawić nerwoból międzyżebrowy, albo innych gałązek na samej kończynie chorej, które dotąd nie były wciągnięte w obszar schorzenia. Jest to jednak tylko przemijający objaw, a świadczy o skuteczności leczenia w danym przypadku, bo występuje wtedy, gdy główny poprzedni nerwoból prawie że już ustąpił.

Skóra lepiej odżywiona, cienka i u kobiet, prędzej okazuje odczyn zapalny po smarowaniach, niż skóra sucha, pomarszczona i u mężczyzn. Niekiedy opiera się skóra dosyć stosunkowo długo tak, że po kilkakrotnych pomazywaniach ledwo śladzik zaczerwienienia się pojawia, potem jednak niedługo powstaje silny odczyn. W zasadzie, jeżeli tylko jest silny odczyn, ulga bywa znacznego stopnia. W przypadkach nieczułości na ból pojawienie się wreszcie pieczenia jest dobrym znakiem, bo rychło też i objawy rwy mijają.

Śród tego postępowania nie można się obejść, zwłaszcza w początkach, bez pomocy środków wewnętrznych, działających objawowo, kojących bóle. Trzeba więc podawać salicylan sodowy, fenacetynę, antipirynę, salipirynę, antifebrynę, analgen itp. Dodać należy, że dobrych wyników w naszych przypadkach osiągniętych, nie trzeba przypisywać tym środkom wewnętrznym, ponieważ były one poprzednio podawane bez stałego dodatniego skutku.

Leczenie wspierają kąpiele ciepłe, równocześnie gojąc uboczne skutki nadżerek kwasowych.

Wynik postępowania z kwasem solnym jest, można powiedzieć bez uprzedzenia, bardzo dobry. Widocznie ustępują bóle, kończyna odzyskuje dawną sprawność, a co najważniejsze, że skutek jest trwały. Nawet w bardzo uporczywych i zastarzałych przypadkach skutek, choć powolniej występujący, mimo to bywa stały; chyba wyjątkowo następuje nawrót nerwobólu, lecz rzadko i w o wiele słabszem

nasileniu, jeżeli do tego chory przez nieszanowanie się sam nań niejako zarobił.

Oprócz świeżej rwy nerwobólowej działa niemniej dobrze sposób ten we wszystkich stopniowaniach rzeczonej słabości, a więc w rwie dawniejszej, również w rwie zapalnej czyli w zapaleniu nerwu kulszowego (neuritis ischiadica), a też stósować go można w rwie połączonej ze skrzywieniem bocznem stosu pacierzowego (ischias scoliotica, scoliosis ischiadica).

W rwie ze skrzywieniem stosu, gdy bóle pod wpływem kwasu solnego ustąpiły, również zmniejsza się skrzywienie, co jednocześnie można popierać stósowaniem zawieszań na przyrządzie Charcot-Moczutkowskiego[1]).

Wpływ pomazywań da się ocenić przy badaniu następnem. Miejsca bolesne na ucisk, położone w przebiegu nerwu kulszowego i jego gałązek, lub też nerwów sąsiednich, które nieraz bywają jednocześnie dotknięte nerwobólem, stopniowo stają się coraz mniej tkliwe, aż w końcu nawet, przy silnym ucisku, zupełnie niebolesne. To samo stosuje się do mięśni, które często obok nerwów dają się we znaki swą obolałością. Przykurczenia mięśni z powodu bólu ustępują, kończyna da się czynnie i biernie poruszać bez sprawiania dolegliwości. Objaw ten bólu, który występuje przy przybliżaniu kończyny w kolanie wyprostowanej do brzucha (w postawie leżącej chorego), przez co zarówno bywa naciągnięty nerw kulszowy, objaw bardzo znamienny dla rozpoznania rwy pozbawionej innych zwykłych cech, a który to objaw nazwijmy dla krótkości „objawem naciągania"[2]), również pod wpływem leczenia ginie. Można kończynę doprowadzić do kąta prostego z brzuchem, a ani ślad bólu nie powstaje w miejscu wyjścia tego nerwu, ani w stosie pacierzowym, jak to bywa zazwyczaj w rwie przed tem leczeniem.

Pomazywanie winno być oczywiście dokonywane przez lekarza, aby nie narazić chorego na niemiłe skutki złego stósowania kwasu i w następstwie nie sprowadzić ciężkich obrażeń ciała. Wymaga dalej bacznej uwagi i ostrożności, aby za często nie ponawiać tego zabiegu i nie wywołać wyprysku lub rozległych owrzodzeń. Jeżeli mimo uwagi owrzodzenia powstaną, to niema się ich zanadto co bać, bo niedługo pod wpływem maści osłaniających lub wysuszających (Ung. emolliens, Ung. Zinci) albo też pod posypką proszkiem (jodoformem, dermatolem, tannoformem) ustępują. Zastanowić się należy nad zachowaniem się kwasu solnego do samej skóry.

Kwas solny jest środkiem silnie żrącym, który, dłużej działając, sprowadzić może zapalenie i nadżarcia. Nakładany na skórę na większej przestrzeni, zwłaszcza gdy się przyskórek złuszczy i powstaną przeczosy (zdarcia przyskórka), może kwas solny dostać się wgłąb. Tutaj jednak w tkankach zobojętnia się zasadowymi sokami i wiąże się w chlorki, a więc połączenia nieszkodliwe.

Na podstawie tego rozumowania nie można się obawiać ogólnych złych skutków z pomazywań kwasem solnym, co też i doświadczenie w poniższych przypadkach wykazało, jeżeli oczywiście obszar pomazanej skóry nie przekracza znacznych granic (jak przy oparzeniu).

(Dokończenie nastąpi).

[1]) Nawet wogóle leczono rwę zawieszaniami Charcot Moczutkowskiego. Robił to G. de la Tourette z dobrym wynikiem. Prof. Bernhardt niema pod tym względem własnego doświadczenia i zachęca do prób.

Prof. M. Bernhardt: *Die Erkrankungen der peripherischen Nerven.* (Wien. 1897. II Theil. str. 363).

[2]) „Objaw naciągania«, na który zwrócił uwagę Oppenheim i nazwał go »Ischias-phaenomen«. (*Lehrbuch der Nervenkrakheiten.* Berlin. 1894. str. 387). Sposób podany przez Gowersa w zasadzie polega na tej samej właściwości nerwu kulszowego, że jeżeli nerw w jakikolwiek sposób naciągamy, powstaje ból w samym nerwie. Gowers mianowicie radzi, aby, gdy chory siedzi, przygiąć mu kończynę w kolanie nieco poza kąt prosty i wówczas uciskać palcem na nerw w dole kolanowym, przyczem ma wystąpić bolesność. (Patrz: Prof. Dr. Fr. Schultze, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten.* Stuttgart. 1898. I. Band. str. 111).

II. O wygniataniu płodu. (Expressio foetus).

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

asystent szkoły położnych w Krakowie.

Ograniczenie zabiegów operacyjnych wewnątrz przewodu rodnego kobiety zmniejsza niewątpliwie możliwość zakażenia. Dlatego to, równie jak przy badaniu osób ciężarnych i rodzących, gdzie kładziemy większą wagę na badanie zewnętrzne, a staramy się ograniczyć wewnętrzne, tak niemniej starać powinniśmy się o ile możności ograniczyć zabiegi operacyjne wewnętrzne na korzyść zabiegów, wykonywanych od zewnątrz.

Zabiegi zewnętrzne, stósowane u osób rodzących, mogą zmierzać do zamiany, względnie poprawy, położenia lub ułożenia płodu, jako zabiegi przygotowawcze, albo też do wydalenia płodu, jako zabiegi rozwiązujące.

Na początku tego stulecia polecił Wigand wykonywać poprawę położenia, obrót płodu, zapomocą zabiegu zewnętrznego.

Zastósowanie zaś zabiegów, wykonywanych w pewnym określonym celu od zewnątrz przez powłoki brzuszne, w połączeniu z zabiegami wewnętrznymi, mającymi poprawić położenie, polecili Robert Lee, Scanzoni, Hohl, Martin, Hecker, Spaeth, Küneke, Hegar. W ten sposób powstały metody skombinowane obrotu płodu, a za taki typowy zabieg uważać musimy obrót metodą Braxtona Hicksa. W celu poprawienia nieprawidłowego ułożenia płodu zastósował Schatz zabieg zewnętrzny przy poprzedzaniu twarzy płodu, a Thorn w tym samym celu podał zabieg skombinowany; Ostermann zaś zalecił przez skręcenie barków zapomocą zabiegu zewnętrznego przy nizkiem poprzecznem ustawieniu główki, lub gdy najniżej ułożoną częścią główki będzie ciemię duże, starać się wpłynąć na wytworzenie mechanizmu prawidłowego. Po odprowadzeniu wypadniętej rączki lub pępowiny staramy się również przez zabieg zewnętrzny główkę zepchnąć do wchodu miednicy. Zabiegi zewnętrzne u osób rodzących, wykonywane przez powłoki brzuszne zapomocą dłoni, pięści, stopy, kolana, a wreszcie całego ciężaru ciała osób drugich, w celu wydalenia płodu, były stósowane już od najdawniejszych czasów, jak o tem świadczą dzieła lekarskie autorów starożytnych i średniowiecznych. Jako postępowanie jednak, oparte na pewnych ścisłych podstawach, zostało wtłaczanie i wygniatanie płodu zaliczonem do zabiegów położniczych dopiero w drugiej połowie bieżącego stulecia. Pierwszy Credé polecił w roku 1854 stósowanie ucisku zewnętrznego w celu wydalenia popłodu, jako postępowanie wypróbowane, które w największej liczbie przypadków zastąpić może wydobycie ręczne popłodu. Postępowanie to z początku nie wielu liczyło zwo-

lenników; dopiero gdy Credé na Zjeździe lekarzy i przyrodników w Królewcu, w r. 1860, uzasadnił i poparł swoją metodę odpowiednimi wywodami, została ona ogólnie przyjętą. Ritgen, polecając wytoczenie główki płodu przez ucisk, wywarty zapomocą czterech palców na część międzykrocza, leżącą pomiędzy otworem stolcowym a kością ogonową, zaznaczył wyraźnie, że do wydalenia płodu należałoby w pierwszym rzędzie stósować ucisk, a nie tylko zawsze pociągać za część poprzedzającą płodu; szczegółów jednak takiego postępowania nie podał.

Ucisk przez powłoki brzuszne na główkę następującą przy porodach w położeniu miednicowem płodu, równocześnie z pociąganiem, stósowano już dawno, zwłaszcza wobec niestosunku porodowego, a według Winckla, postępowanie to zalecił już wyraźnie Celsus, potem Abulkasis, w nowszych zaś czasach Heister, Kiwisch, Wigand, Ritgen, Credé, Martin i t. d.

Jednak jako samoistny zabieg rozwiązujacy dopiero Kristeller polecił w roku 1867 ucisk przez powłoki brzuszne. Następnie P. Müller, a dalej Brühl, zaproponowali zapomocą ucisku przez powłoki brzuszne wtłaczać główkę do miednicy, w celu rozpoznania i oznaczenia stosunku wielkości główki płodu do miednicy. Wreszcie Hofmeier zalecił, w przypadkach niestosunku porodowego przy położeniach główkowych, wtłaczać główkę płodu w celu przeprowadzenia jej przez miednicę. Widzimy więc, że ucisk przez powłoki brzuszne ma rozległe zastósowanie w położnictwie.

Podczas gdy jedne zabiegi zewnętrzne cieszą się ogólnem uznaniem i mają szerokie zastósowanie, a nawet, jak np. zabieg Credégo, bywają stanowczo stósowane za często, to inne, jak wytłaczanie płodu według Kristellera, bardzo mało liczą zwolenników; tak przynajmniej sądzićby należało z niewielkiej liczby prac, zajmujących się tym zabiegiem. W przypadkach słabych bólów porodowych, przeciągania się porodu, lub też tam, gdzie zachodzi potrzeba przyśpieszenia porodu, radzi Kristeller przy położeniach podłużnych płodu, tak główkowych jako też i miednicowych, wykonywać zabieg w następujacy sposób: rodząca leży na łóżku podłużnem na wznak, operator staje z boku. Po odsunięciu pętli jelit i ustawieniu macicy, jeżeli jej oś podłużna zbacza, w kierunku linii środkowej ciała, układa się obie ręce w ten sposób, że dłonie leżą na dnie macicy lub nieco z boku, palce małe zwrócone są ku miednicy, palce wielkie zaś na przedniej ścianie macicy. Następnie rękami, w ten sposób ułożonemi, naciera się macicę przez powłoki brzuszne, a wreszcie, wywierając z początku słaby, a potem coraz silniejszy ucisk, ugniata się przez 5—8 sekund macicę, poczem ucisk stopniowo należy zmniejszać. Po jednej, dwu lub trzech minutach ucisk ten na nowo się powtarza, przesuwając ręce więcej na bok lub przeciwnie. Jeżeli ujście zewnętrzne macicy nie jest zupełnie rozwarte, należy ugniatać więcej boczne ściany; przy zupełnie zaś rozwartem ujściu — dno macicy. Takie ugniatanie należy stósować 10 do 20 a nawet 40 razy; jeżeli jednak po 20 ugnieceniach nie stwierdzimy wyraźnego postępu, dalszych prób należy zaniechać. Kristeller polecił to postępowanie nie tylko w drugim okresie porodowym wydalania płodu, ale radzi wykonywać takie ugniatanie i w okresie przygotowawczym, przy ujściu rozwartem na pięć marek, a więc mniej więcej na guldena. Zabieg sam jest według Kristellera nie boleśny; w razie zaś potrzeby radzi uciec się do uśpienia chloroformowego. Zdania, co do wartości wygniatania płodu, są różne. Spiegelberg przyznaje, że zabieg ten wzmacnia bóle porodowe i działać może oprócz tego mechanicznie; Schröder, Hüter, Martin stwierdzają, że ugniatanie może wzmacniać bóle porodowe, jako też działanie tłoczni brzusznej; Fehling przypisuje ugniataniu głównie działanie wzmacniające tłocznię brzuszną; Fritsch radzi nawet używać tego zabiegu, przedewszystkiem przy położeniach miednicowych płodu i zwraca uwagę na tę okoliczność, że często dopiero po zastósowaniu ugniatania występują bóle parte, a oprócz tego sądzi, że przy ugniataniu wywiera się wprost działanie na płód w kierunku jego osi podłużnej; Zweifel natomiast twierdzi, że stósowanie tego zabiegu przy osłabieniu bólów porodowych, jest bez wartości, gdyż ugniatamy ku dołowi macicę wraz z płodem, a nie wydalamy płodu z macicy; Kleinwächter zaś widzi w całym zabiegu tylko tyle pożytku, ile przez nacieranie i ugniatanie macicy bóle się wzmocnią. Podczas gdy ogólnie przeważa zdanie, że wygniatanie płodu należy stósować tylko w okresie wydalania płodu, to Bidder radzi stósować je i w okresie przygotowawczym, a nawet polecił stósować ten zabieg z równoczesnym uciskiem na wargę przednią macicy od wewnątrz, aby ją, przy nie zupełnie rozwartem ujściu zewnętrznem, wysunąć poza największą objętość główki.

Według Schrödera wydalenie płodu w drugim okresie porodowym odbywa się nie tyle wskutek zwiększenia się ciśnienia wewnątrz macicy przy jej skurczach, ile raczej skutkiem znacznie zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego, przez działanie tłoczni brzusznej. Podczas porodu bowiem macica z reguły wyciąga się tak znacznie, że w drugim okresie porodowym część kurcząca się macicy mieści w sobie zaledwie połowę, a nawet tylko $^1/_3$ część, płodu, skutkiem czego macica nie może dalej z odpowiednią siłą działać i, jeżeli tłocznia brzuszna nie rozwinie swego działania, to pomimo skurczów macicy poród albo wcale nie będzie postępować, albo tylko bardzo powoli. Im więcej zaś okres drugi porodu będzie się zbliżał do końca, tem więcej przeważać będzie działanie tłoczni brzusznej nad skurczami macicy.

Opierając się na zdaniu Schroedera musimy przyznać, że stósowanie ucisku od zewnątrz, w celu wydalenia płodu, jest zupełnie usprawiedliwionem. Ucisk bowiem, wywarty przez powłoki brzuszne, już drogą odruchu wywołać jest w stanie zwiększenie się działania tłoczni brzusznej, która w pierwszym rzędzie służy do wydalania płodu.

Nadto wiemy, że po zstąpieniu główki głębiej do miednicy małej, bóle, przedtem słabe, stają się na drodze zwrotnej silniejsze, a zatem po obniżeniu się główki skutkiem mocniejszego ucisku od zewnątrz możemy pośrednio, drogą odruchową, wzmocnić bóle porodowe. Pomimo tego, że myśl sama wygniatania płodu pod każdym względem teoretycznie najzupełniej jest uzasadniona, w praktyce sposób Kristellera nie wielkie znalazł zastósowanie, a niektórzy nawet odmawiają mu wprost praktycznego znaczenia.

Według Biddera dwie są przyczyny, które sprawiają, że w praktyce tak mało stosuje się wygniatanie płodu tą metodą. Pierwsza jest ta, że Kristeller niewątpliwie od początku przecenił całe postępowanie, polecając je jako zabieg samoistny do częstego zastósowania nawet w pierw-

szym okresie porodowym, podczas gdy w rzeczywistości wskazania do zastósowania wygniatania płodu są dość rzadkie. Drugą zaś jest ta okoliczność, że sposób postępowania, to jest wykonanie zabiegu podane przez Kristellera, nie jest w sposobie działania dość uzasadnione. A mianowicie radzi on obie ręce ułożyć na dnie macicy i ugniatać ku miednicy, albo też ręce ułożyć po obu stronach z boku macicy i w ten sposób uciskać; a więc radzi wywierać ucisk na macicę w różnych miejscach. Jaki więc jest cel tego ugniatania? czy zwiększenie bólów porodowych przez drażnienie macicy, czy zwiększenie działania tłoczni brzusznej, czy ucisk wywarty ma powiększyć ciśnienie śródmaciczne, czy też działać bezpośrednio na płód w kierunku jego osi podłużnej?

Otóż Kristeller tego nie tłómaczy i zdaje się, że chce uzyskać i jedno i drugie, gdyż radzi stósować ucisk tak przed, jako też i po pęknięciu pęcherza płodowego. Ztąd to pochodzi, że Kleinwächter przypisuje ugniataniu tylko znaczenie wzmacniania bólów porodowych, ztąd też niektórzy uważają zabieg ten za niedość energicznie działający, aby mógł zastąpić inne zabiegi operacyjne. Bidder wraz z Fritschem i Spiegelbergiem sądzi, że ugniatanie działa przedewszystkiem jako bezpośredni ucisk na płód, przez co do sił wydalających płód w prawidłowych stosunkach przybywa jeszcze siła działająca z tyłu. Z tego powodu radzi Bidder wykonywać zabieg ten inaczej aniżeli to polecił Kristeller. Ponieważ przez ucisk zadziałać mamy na płód w kierunku jego osi podłużnej, przeto nie należy według Biddera stósować ucisku na większej powierzchni, lub, co więcej, w różnych miejscach; lecz wyszukać należy drugą część, większą, płodu; a więc przy położeniu podłużnem główkowem — pośladki i uciskać następnie tylko na nie w kierunku miednicy, podczas gdy ścianę macicy należy ugniatać tylko o tyle, aby przeszkodzić usunięciu się pośladków. Do takiego uciskania wystarcza jedna ręka; dlatego radzi Bidder palcem drugiej ręki śledzić podczas ugniatania zachowanie się główki i postęp porodu.

Stósując od dłuższego czasu wygniatanie płodu w odpowiednich przypadkach, starałem się odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób działa ucisk wywarty przez powłoki brzuszne? A więc, czy przez ucisk zwiększamy działanie tłoczni brzusznej, czy też działamy bezpośrednio na podłużną oś płodu, jak na stempel, który ma wypychać część poprzedzającą? Zaznaczyć muszę, iż wygniatanie stósowałem tylko w drugim okresie porodowym, przy położeniach płodu podłużnych, miednicowych i główkowych; dalej w przypadkach osłabienia bólów porodowych, czy to pierwotnego, czy też następowego.

Największy obwód części poprzedzającej płodu znajdował się w tych przypadkach bądź w płaszczyźnie wchodu miednicy, bądź też już przeszedł przez wchód. Ucisk wykonywałem według opisu podanego przez Kristellera, jak również sposobem zaleconym przez Biddera. Operowałem zawsze bez uśpienia, aby nie stwarzać nowych warunków podczas porodu. Uciskałem zawsze tylko podczas bólu; kilka razy tylko wyjątkowo dla doświadczenia próbowałem uciskać w przerwie pomiędzy bólami. W krótkim czasie przyszedłem do przekonania, że, uciskając przez powłoki brzuszne, w największej liczbie przypadków zwiększamy przedewszystkiem działanie tłoczni bocznej, równocześnie jednak, zwłaszcza przy bardzo mocnem ugniataniu, możemy zadziałać bezpośrednio i na płód; że zatem ucisk może rozwijać działanie w obu tych kierunkach.

O ile zaś większe działanie przypisać należy zwiększeniu działania tłoczni brzusznej, lub też zadziałaniu bezpośrednio na sam płód, zależy to od różnych okoliczności, a więc w różnych przypadkach rzecz się przedstawia rozmaicie. O przeważnem zadziałaniu na tłocznię brzuszną mówić będziemy w przypadkach, w których zastosujemy ucisk u osób o powłokach brzusznych dostatecznie jędrnych, sprawnych, u jednostek nie wyczerpanych porodem, dostatecznie wrażliwych, oddziałujących na zadraźnienie odpowiednio do siły bodźca, to jest ucisku, a zwłaszcza wtedy, gdy stosujemy wygniatanie w okresie bólów partych. Bezpośrednio zaś na płód wywrzeć będziemy mogli działanie wtedy, gdy napięcie powłok brzusznych siłą ucisku przezwyciężymy, albo też, gdy tłocznia brzuszna wcale nic nie działa lub tylko bardzo słabo.

Dlatego możemy mówić o przeważnem działaniu ucisku bezpośrednio na płód w tych przypadkach, w których jeszcze nie wystąpiły bóle parte, lub też, w których działanie tłoczni brzusznej nie jest prawidłowe, czy to z powodu zbyt wiotkich powłok, czy też rozstępu mięśni prostych brzucha, lub wreszcie jako następstwo upośledzonej wrażliwości i zupełnego wyczerpania sił osoby rodzącej. Do przezwyciężenia napięcia powłok brzusznych, przy prawidłowej sprawności i działaniu tłoczni, potrzeba było użyć w każdym razie bardzo znacznej siły. Ponieważ wytłaczanie płodu stósowałem przeważnie w okresie bólów partych, a tylko wyjątkowo napotykałem przypadki z tak niedostatecznem działaniem tłoczni brzusznej, w których mogłem bez użycia wielkiej siły przezwyciężyć opór powłok; przeto zadziałać w pierwszym rzędzie bezpośrednio na płód mogłem tylko w bardzo nie wielu przypadkach. A mianowicie mogłem dobrze ugniatać na płód w przypadkach ciąży bliźniaczej po urodzeniu się pierwszego płodu, a dalej w przypadkach większej ilości wód płodowych po pęknięciu pęcherza płodowego, a więc w przypadkach, w których nie tylko tłocznia brzuszna nie rozwijała dostatecznego działania, ale i sam mięsień macicy, słabo się kurczący, nie stawiał wielkiego oporu. Równocześnie jednak rozwijała zawsze mniej lub więcej wybitne działanie i tłocznia brzuszna. W największej liczbie przypadków nie byłem w stanie zapomocą ucisku zadziałać wprost na płód, a to z powodu, iż ucisk stósowałem podczas parcia i, im silniej uciskałem, tem energiczniej pracowała zazwyczaj tłocznia brzuszna, lecz tylko do pewnego stopnia, gdyż jeżeli ucisk powiększyłem nad miarę i to przez czas dłuższy, wtedy tłocznia przestawała prawie zupełnie działać i rodząca poddawała się niejako działaniu ucisku. Badanie przez pochwę wśród tego zabiegu, co do zachowania się części poprzedzającej i postępu porodu, wykazywało, że przy ucisku miernym, który zwiększał znacznie działanie tłoczni brzusznej, wynik zabiegu w tym samym przypadku był znacznie lepszym, aniżeli przy zastósowaniu bezpośrednio na płód tak wielkiego ucisku, który zarazem wykluczał do pewnego stopnia działanie tłoczni brzusznej. Najlepiej można to było spostrzegać w przypadkach, w których główka podczas zabiegu zaczynała napinać międzykrocze i rozwierać srom.

Ucisk mierny, zwiększający działanie tłoczni brzusznej, okazał się w praktyce przy wykonywaniu wygniatania płodu

korzystniejszym, energiczniej działającym, aniżeli ucisk znacznie silniejszy, wywierany bezpośrednio na płód, przy równoczesnem wykluczeniu do pewnego stopnia działania tłoczni.

(Dokończenie nastąpi).

III. Badanie krwi i jego praktyczne zastosowanie w rozpoznawaniu i rokowaniu stanów chorobowych.

Podał

Dr. Walenty Jeż.

Zadaniem niniejszej rozprawki jest podanie praktycznych wskazówek, jak należy przeprowadzać badanie krwi, jakie z tego badania dają się wyciągnąć wnioski i jakie ono ma znaczenie dla lekarza praktycznego w rozpoznawaniu i rokowaniu klinicznem. Badania, które jeszcze przed kilku dziesiątkami lat zaledwie tylko klinikom i specyalnym pracowniom były dostępne, dziś stoją otworem dla każdego lekarza i nawet w najskromniej urządzonej pracowni wykonać się dają. Rozwój hematologii, jej znaczenie w rozpoznawaniu i rokowaniu, nadzwyczaj proste metody, których przy badaniu krwi się używa, wreszcie nie kosztowna, ku temu celowi służąca pracownia, oto okoliczności, które stanowczo przemawiają za tem, aby badanie krwi wykonywane być mogło przez każdego lekarza. Nie każdemu jednak pozostaje tyle czasu, aby w swej pracowni mógł przesiedzieć kilka lub kilkanaście godzin dziennie i z doświadczenia przez siebie samego nabytego, mógł w danym przypadku odszukać to, co stanowi wartość praktyczną zbadania, czy to w rozpoznaniu, czy rokowaniu poszczególnego przypadku chorobowego. Mając za sobą kilkoletnie doświadczenie, jakiego nabrałem w klinikach: krakowskiej Korczyńskiego, wiedeńskiej Neussera i w szpitalu Wilhelminy, chciałbym w krótkości przedstawić wyniki praktyczne, dające się z badania krwi wyciągnąć.

Za niezbędne do badania krwi uważam następujące przyrządy:

1) mikroskop, a w tym względzie poleciłbym mikroskop z fabryki Reicherta, który od mikroskopów Zeissowskich, dziś za najlepsze uważanych, różni się może tylko w wykonaniu statywy, która u Reicherta jest o wiele masywniejsza; zaś co do ostrości obrysów (konturów) obrazków, to prawie że się między sobą nie różnią, jak to i sam miałem o tem sposobność się przekonać, a jednocześnie kilkakrotnie zdanie takie z ust bardzo poważnych słyszałem. Reichertowskie natomiast przyrządy są, jak dzisiaj, znacznie tańsze.

2) Przyrząd do liczenia ciałek krwi Thoma-Zeissa.

3) Przyrząd do oznaczenia hemoglobiny, najlepiej według Gowersa, lub też przyrząd Fleischla, który to ostatni jest znacznie droższy od pierwszego, a wyniki otrzymane według przyrządu Gowersa, są nawet dokładniejsze, aniżeli według przyrządu Fleischla.

4) Mały spektroskop, najlepiej *à vision directe*.

5) Puszka miedziana lub blaszana z ciepłomierzem do ustalania preparatów krwi tam, gdzie takowa łatwo daje się wykonać

6) Nożyk do kłócia. W Wiedniu używa się powszechnie nożyka ukrytego w okładce stalowej, która daje się odpowiednio przesuwać tak, że możemy według niej długość końca nożyka, jakiej potrzebujemy do nakłócia, dowolnie regulować. Zresztą wystarczy również dobrze zwyczajna igiełka, używana do szczepienia, lub też maleńki bistur.

7) Szczypczyki (pensety), szkiełka przedmiotowe i nakrywkowe.

Prócz wymienionych przyrządów potrzebne jeszcze są:

a) wyskok bezwodny, eter do oczyszczenia i do ustalenia preparatów.

b) Odczynnik Hayema do liczenia ciałek czerwonych krwi, według przepisu: *Hydragyr bichlorat 0,5, Natrii sulfurici 5,0, Natri chlorati 1,0, Aquae destill. 200.0, m filtra.*

c) Płyn, używany przy liczeniu ciałek białych. Rozczyn 1½% kwasu octowego z dodatkiem kilku kropli alkoholowego rozczynu fioletu metylowego, (methylviolet) tak, że cały płyn przybiera zabarwienie fioletowe, jest przeźroczysty; przed użyciem zawsze należy dokładnie przesączyć.

d) Barwik Ehrlicha, t. zw. triacyd (Triacidlösung), składający się: z nasyconego rozczynu wodnego *Orange G.* 125 ctm.³.
» » » fuchsyny kwaśnej, zawierającej 20% wyskoku, 125 ctm.³

Do tego dodaje się 125 ctm.³ nasyconego rozczynu wodnego zieleni metylowej (methylengrün) i 75 ctm.³ wyskoku bezwodnego. Sporządzanie tego barwika jest nadzwyczaj żmudne, dlatego najlepiej sprowadzić gotowy z chemicznej fabryki.

e) Nasycony rozczyn wyskokowy błękitu metylowego.

f) » » wodny błękitu metylowego

g) Rozczyn eozyny wodnej: *Eosini d'l 0,5, Spirit. Vin. absolut. 44,0; Aquae destill. 56,0.*

h) Rozczyn błękitu metylowego bardzo słabo alkalicznego. Ten przyrządza się w ten sposób, że do flaszeczki, napełnionej do połowy wodą, dodaje się tak długo nasyconego rozczynu wyskokowego błękitu metylowego, jak długo płyn w szyjce flaszeczki jest jeszcze przeźroczysty. Z chwilą, kiedy przeźroczystość zaczyna znikać, rozczyn jest gotowy. Do takiego rozczynu dodajemy kroplę ługu potasowego na 200 grm.

i) Woda przekroplona.

Aby szkiełka, podczas drogi, nie uległy zniszczeniu, dobre usługi oddaje w tym celu skrzyneczka skórzana, rodzaj t. zw. »Brieftasche«. Na jednej jej stronie urządzone są przedziałki, służące na szkiełka nakrywkowe czyste i z krwią zebraną. W głębi zaś, poza przedziałkami, znajduje się wolne miejsce dla szkiełek przedmiotowych, a względnie i dla barwików. Nożyk umieszczony jest po drugiej stronie skrzyneczki i, zapomocą przytrzymywacza, odpowiednio ustalony. Skrzyneczka taka nie zabiera dużo miejsca, a daje dogodne umieszczenie dla preparatów krwi, które następnie w pracowni dokładniej zbadane być mogą. —

W badaniach krwi, o które nam w naszej rozprawce chodzi, wystarcza mała ilość krwi, którą otrzymujemy w następujący sposób: Najdogodniej jest brać krew z opuszki palca, tak jak to czyniliśmy w klinice krakowskiej, lub też jak w Wiedniu, z ucha. Po odpowiedniem oczyszczeniu palca lub ucha wyskokiem i eterem, nakłówamy niezbyt głęboko skórę nożykiem; pierwszą wydostającą się z rany kroplę krwi ścieramy wacikiem, a do badania bierzemy dopiero kroplę drugą lub trzecią. Uważać przytem należy, aby krew sama wydostawała się z nakłótego miejsca; zbytnie bowiem wyciskanie zaciera poniekąd prawdziwy obraz krwi. Zachwyciwszy szczypczykami (penseta) szkiełko nakrywkowe, dotykamy lekko wydostającej się kropli krwi tak, że ta pozostaje na szkiełku, które następnie stroną, na której się kropla krwi znajduje, kładziemy na szkiełko przedmiotowe, bacząc, by krew się po całym preparacie jednostajnie rozmieściła. Unikać trzeba przyciskania jednego szkiełka na drugie, gdyż łatwo powstają we krwi zmiany, wywołane przez zbytni ucisk.

Im kropla krwi mniejsza, tem dokładniej krew się po szkiełku rozniesie, a nasze wyniki tem jaśniej występują.

W ten sposób otrzymany preparat krwi dajemy pod drobnowid i zaraz na miejscu oglądamy. Dalszą kroplę, uchwyconą na szkiełko nakrywkowe, kładziemy na drugie szkiełko nakrywkowe, a kiedy kropla krwi jednostajnie się na obydwu szkiełkach rozmieściła, odciągamy szczypczykami lub palcami jedno szkiełko od drugiego i otrzymujemy dwa preparaty krwi, które osuszone na powietrzu i odpowiednio ustalone w piecyku do 120° według Ehrlicha, lub w rozczynie alkoholu i eteru w równych częściach, służą nam do następowego barwienia.

Rola, jaką krew w ustroju ludzkim odgrywa, jest nadzwyczaj ważna. Z jednej strony doprowadza ona ustrojowi niezbędne do jego utrzymania pierwiastki, z drugiej zaś szkodliwe wytwory przemiany materyi wyprowadza z ustroju. Stanowi ona płyn, będący w ciągłym ruchu i do wszystkich komórek ustroju wnikający.

W prawidłowych warunkach krew oddziaływa alkalicznie i to skutkiem zawartości fosforanu sodowego (Na_2HPO_4). W pewnych stanach chorobowych stopień alkaliczności krwi ulega nieznacznym wahaniom, które nie posiadają większego znaczenia klinicznego.

Zależnie od tego, czy krew badana wzięta jest z naczyń żylnych czy tętniczych, barwa jej jest różną. W pierwszym przypadku jest ona ciemno-czerwoną, w drugim zaś jasno-czerwoną. Do badań klinicznych otrzymana krew przez nakłócie opuszki palca, lub ucha, jest krwią mieszaną i w prawidłowych warunkach przedstawia badającemu oku barwę mniej lub więcej jasno-czerwoną. W stanach chorobowych

barwa wydobywającej się z miejsca nakłócia krwi już makroskopowo może nam dawać pewne wskazówki o nieprawidłowym składzie krwi badanego osobnika. Rzecz jasna, że badania te, jak w ogóle badania, opierające się na mniejszej lub większej wrażliwości naszego oka, nawet dla wprawnych badaczy przedstawiają pewne trudności w ocenianiu ich wyników i częstokroć mylą. Wspomnieć mi jednak wypada, że w stanach niedokrewnych, a w szczególności w niedokrewności ciężkiej, kropla wydobywającej się krwi przedstawia barwę wybitnie blado-różową, co nietylko zależy od mniejszej zawartości hemoglobiny, ale także ma pewien związek z powiększeniem się ilości białych ciałek krwi. Podobnie blado-różową barwę krwi, choć w nieco mniejszym stopniu napotykamy w przypadkach wodnistości krwi (hydraemia), nie rzadko w ciężkich przypadkach błednicy, przyczem w wodnistości krwi, krew ma wejrzenie więcej wodniste. Przeciwnie w przypadkach zatrucia, w zapaleniu nerek (mocznica), w zatruciach chloranem potasowym, antypiryną, fenacetyną, w przypadkach, w których przychodzi niejako do przeładowania krwi kwasem węglowym, — barwa krwi jest ciemno-czerwoną, prawie czekoladową i krew jest gęsta. Już więc samo makroskopowe wejrzenie krwi daje nam w niejednym przypadku wskazówki co do składu krwi i wskazuje, w jakim kierunku szukać powinniśmy, by przyczynę schorzenia odnaleźć.

Preparat z krwi świeżej, otrzymany wyżej podanym sposobem, oglądamy pod drobnowidem przy pomocy soczewki Reichert 8, Zeiss D i okularze 4, lub też przy pomocy imersyi, co jednak nie jest rzeczą konieczną, choć badania zyskują bezsprzecznie na wyrazistości. W preparatach takich widzimy w pierwszej linii ciałka czerwone krwi, przedstawiające się naszemu oku jako krążki ze środkiem jaśniejszym aniżeli brzegi, o barwie zielonkawo-żółtej, niektóre z nich układają się jedne na drugich i tworzą wtedy tak zwane rulony, zupełnie podobne do rulonów monet. Są one nieruchome, a tylko niektóre, skutkiem ruchu cieczy w preparacie, okazują mniejszą lub większą ruchliwość. Dalej spotykamy ciałka niezabarwione, matowe, często ziarniste, zwyczajnie większe, aniżeli ciałka czerwone krwi, jakby do preparatu przylepione; są to ciałka krwi białe, t. zw. leukocyty. Obok tych dwu głównych składników krwi, widzi tu i owdzie w mniejszych lub większych gromadkach posklejane małe bezbarwne kanciaste lub elipsoidalne twory, tak zwane ciałka lub płytki Bizzozera.

W końcu, w preparatach krwi świeżej prawidłowej widać po upływie pewnego czasu pomiędzy ciałkami ciągnące się przeźroczyste, dosyć silnie światło łamiące nitki włóknika, zwyczajnie od płytek Bizzozera lub ciałek białych się rozpoczynające; świadczą one o stopniu krzepliwości krwi. Szczególnie w włóknikowem zapaleniu płuc, a mianowicie w zapaleniu wywołanem przez diplokoki, siatka włóknika we krwi świeżej ma znaczenie rozpoznawcze; jest ona bowiem nadzwyczaj obfita i wytwarza się nadzwyczaj szybko, tuż pod naszem okiem. W durze brzusznym włóknika jest bardzo mało, pokazuje się dopiero po dłuższym czasie; obecność więc większej ilości włóknika przemawia w danym przypadku za zapaleniem płuc, a przeciwko durowi. Nadto znaczną ilość włóknika spotykamy w róży, płonicy i ospie, gdy natomiast białaczka, zatrucia fosforem cechują się skąpą ilością włóknika.

Obok tych właściwych składników krwi, spotykamy nadto jeszcze pewne pasorzyty. W pierwszym rzędzie swoiste pasorzyty zimnicy (plasmodium malariae) łatwo bardzo dające się odnaleźć w preparatach krwi świeżej. Pasorzyty te rozwijają się w ciałkach czerwonych krwi i w tych też najczęściej je spotykamy. Obok pasorzytów znajdujących się w ciałkach czerwonych krwi, możemy widzieć w przypadkach szczególnie zimnicy atypowej pasorzyty, które wolno w osoczu krwi pływają; łatwo też pomieszane być mogą z innymi składnikami krwi. Stąd też wynika, że należy zawsze zrobić preparaty barwione dla kontroli. Odpowiednio do postaci zimnicy, z którą mamy do czynienia, w ciałkach czerwonych, które zazwyczaj bardzo mało lub też śladu hemoglobiny nie okazują, a więc w ciałkach, w których zabarwienie żółtawo-zielone bardzo słabo występuje, lub gdy pasorzyt zajmuje całe ciałko, zaledwie tylko obrysy ostatniego są widoczne, widać twory bezbarwne, wypełnione odpowiednio do swego rozwoju strątami rozmaicie rozłożonego barwika. Strąty barwikowe, stosownie do postaci zimnicy, są rozmaicie zabarwione, mniej lub więcej brunatne aż do czarnych, okazują w pewnych okresach nadzwyczaj silne ruchy, które nawet niewprawnemu wpadają zaraz w oko.

Chcąc otrzymać preparaty barwione, należy je ustalić w wyskoku i eterze. Preparaty ustalone w ciepłocie 120° nie są odpowiednie ku temu celowi, pasorzyty bowiem będą pokurczone i tylko z wielkim trudem i przy odpowiedniej wprawie odnaleźć się dają. Preparaty ustalone barwimy następnie najlepiej barwikiem Plehna (patrz niżej), osuszamy i oglądamy pod drobnowidem. W ciałkach czerwonych, które zabarwione są na czerwono (eozyna), spotykamy twory barwy słabo niebieskiej, kształtu rozmaitego, zawierające w swym środku strąty barwikowe. Bardzo często udaje się zabarwić pasorzyty wprost we krwi świeżej. Przytem postępujemy w ten sposób, że na opuszkę palca dajemy kroplę barwika Plehna i przez kroplę nakłówamy. W otrzymanej kropli krwi i barwika spotykamy pasorzyty zimnicy zabarwione na niebiesko, okazujące nieraz bardzo szybkie ruchy strątów barwikowych. Zważywszy, że zimnica pomięszana być może z innemi schorzeniami, które z trudnością wykluczyć się dadzą, widzimy, że badanie krwi w tych razach stanowi jedyny najpewniejszy objaw.

Drugim pasorzytem, dającym się we krwi wykazać, a którego wykazanie dla praktycznego lekarza jest również wielkiej wagi, są krętki (spirylle) Obermeyera. We krwi każdego chorego na dur powrotny znajdujemy je podczas napadu; cechują się one właściwymi ruchami, które długi czas nawet w preparatach mikroskopowych zachowują. Ilość ich bywa rozmaitą i dla kontroli należy zawsze kilka preparatów zrobić. Podczas przestanków choroby krętków wykazać nie można, po przełomie wkrótce giną. Barwią się krętki rozmaitymi barwikami, najlepiej jednak fuchsyną.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Ziegler: **Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie.** *II. Band. Jena 1898, Gustaw Fischer.*

Podręcznik Zieglera niemałem widać cieszy się uznaniem, skoro wydania jego szybko następują po sobie, a wydana obecnie część szczegółowa dzieła jest już z rzędu dziewiątem. I przyznać trzeba, że uznanie to jest rzetelnie zasłużone, bo mało który podręcznik anatomii patologicznej łączy w sobie równie zwięzły, a mimo to wyczerpujący sposób przedstawienia rzeczy z niewielkimi stosunkowo rozmiarami całości; mało też który rozporządza taką ilością doskonałych rysunków, których liczba w nowem wydaniu dzieła Zieglera podniosła się o całą prawie setkę w samej tylko części szczegółowej. Już samo to pomnożenie rysunków wraz z uzupełnieniem pracowicie zebranego, a wygodnie ułożonego piśmiennictwa świadczy, że autor stara się w każdem nowem wydaniu dotrzymać kroku postępom najnowszych badań; świadczy o tem jeszcze więcej oczywiście treść dzieła, które, choć w głównych zarysach i w układzie nie wielkim uległo zmianom, jednakże w każdym rozdziale wzbogaciło się uwzględnieniem nowych zdobyczy wiedzy.

Największym zmianom uległy w IX. wydaniu dzieła Zieglera rozdziały o sercu, stawach i skórze, w których nawet układ jest obecnie inny. I tak np. po opisie zmian rozwojowych serca, które są w nowem wydaniu znacznie szerzej opracowane i uzupełnione (bardzo pożądanemi) dokładniejszemi danemi embryologicznemi, umieścił Ziegler ustęp

o nabytych zmianach wielkości serca, na miejscu opisu zmian mięśnia sercowego, który teraz na końcu rozdziału właściwsze znalazł miejsce [1]. Zupełnie przerobiony jest opis zmian w krążeniu w ścianie serca i zmian śródsierdzia, który teraz stanowi dwa odrębne ustępy itd. Wobec przewlekłych zmian proliferacyjnych na zastawkach nie zmienił zresztą Ziegler swego stanowiska, oddzielając je i nadal od spraw zapalnych w ścisłem słowa znaczeniu i nazywając je nawet tylko „endocarditische Excrescenz", zgodnie z poglądami, jakie w sprawie zapaleń wogóle w ogólnej części IX. wywydania swego dzieła bez ważniejszych zmian wygłasza. — Zmienił się też w nowem wydaniu nieco układ rozdziału ósmego, dotyczący anatomii patologicznej skóry, a w treści tej części dzieła znać wybitny wpływ nowszych badań bakteryologicznych i histologicznych. Wyliczanie choćby ważniejszych tylko zmian w nowem wydaniu zadużo zajęłoby miejsca; wystarczy nadmienić, że także rozdziały o naczyniach, otrzewnej, wątrobie i płucach zostały uzupełnione, a w znacznej części zupełnie przerobione. W innych rozdziałach mniej zmian, lecz w każdym prawie tu i owdzie dodano szczegół nowy. To też zapewne dzieło Zieglera pozostanie nietylko jednym z ulubieńszych podręczników do nauki, lecz stanowi także nader wygodną pomoc dla każdego niespecyalisty, chcącego rozpatrzeć się w dzisiejszym stanie anatomii patologicznej tego lub owego działu.

Doc. Dr. Ciechanowski.

Jeszcze o sprawie niezawodnego działania chininy w zimnicy.

Dr. Lewkowicz w swej odpowiedzi, zamieszczonej w Nrze 39 „Przeglądu lekarskiego" nie dostarczył nowych dowodów dla poparcia swych twierdzeń; również nie obalił poglądów bronionych przezemnie. Domniemany zarzut rozpoznawania zimnicy na podstawie znajdowania wyłącznie tylko zarodników pasorzytniczych we krwi, nie dotyczy moich przypadków, gdyż jeszcze w jesieni 1894 roku, wspólnie z innymi lekarzami szpitala św. Łazarza, w których gronie wówczas pracowałem, napotykalismy twory tego rodzaju we krwi chorych na grypę (influenzę), zapalenie opłucnej, ropnicę, nieżyt oskrzelowy rozlany, dur brzuszny [2] i gruźlicę płuc. Od owego czasu zaprzestaliśmy uważać twory te za cechujące dla zimnicy, na $1^1/_2$ r. przed wyjaśnieniem przyrody tych kulek w gruntownej i wyczerpującej pracy kol. Wernickiego. W przypadkach więc, użytych za podstawę wnioskowania w poprzednim moim artykule, stwierdziłem obecność pasorzytów dojrzalszych, te zaś mają tak wybitne znamiona, że pomyłka jest niemożliwą. Chyba początkujący mógłby je pomięszać z pewnemi postaciami poikilocytów ruchomych; różnią się jednak od nich już w preparatach świeżej krwi odcieniem barwy, a przedewszystkiem zawartością ziarn barwikowych.

Również i drugi zarzut kolegi L., jakobym przeoczał inną chorobę, towarzyszącą zimnicy, jest więcej uszczypliwym, aniżeli stosującym się do omawianego przedmiotu, albowiem to przypuszczenie nie przyczyni się wcale do wytłómaczenia faktu, dlaczego czasem pasorzyty zimnicze, pomimo podawania chininy, we krwi pozostają, albo też, zniknąwszy na jakiś czas, pojawiają się ponownie.

Wreszcie muszę zapewnić kol. Lewkowicza, że uniknąłem błędu przypisywania zasług chininy błękitowi metylenowemu, gdyż spostrzeżenia moje, dotyczące działania chininy na postacie zimnicy z półksiężycami Laverana, miały miejsce, pomiędzy innymi, w 4 przypadkach, gdzie bądź to błękitu metylenowego wcale nie podawałem, bądź to dopiero za następnym nawrotem choroby. W ich rzędzie chora z oddziału I B. szpitala św. Łazarza używała przez 2 tygodnie 2—3 razy dziennie po 0,50 siarkanu chininowego, a jednak mimo to wystąpił napad zimniczy z dreszczem, gorączką 40° C. i ponownie stwierdzonymi półksiężycami.

Aby udowodnić bezwzględną skuteczność działania chininy w zimnicy, należałoby przytoczyć (gdyby to wogóle było możliwem) historye chorób kilkuset przypadków różnego wieku, spostrzeganych w różnych warunkach otoczenia i to przez czas dłuższy (do pół roku) i z takiego materyału wyciągać wnioski.

Praca Marchouxa, o której kol. L. nadmienia, wcale nie odpowiada przytoczonym warunkom; a jak autor ten w swojem wnioskowaniu rozmija się z prawidłami Arystotelesa, widać stąd, że sam przytacza trzy przypadki śmierci wskutek zimnicy, stwierdzonej badaniem krwi i sekcya, a wszystkie były leczone chininą; jeden z chorych w przeciągu 3 dni wyżył 2,75 grm. bromku chininowego, w postaci wstrzykiwań podskórnych. Wartość zaś innych jego spostrzeżeń obniża się przez to, że chorzy pozostawali w szpitalu przeciętnie po 2 tygodnie, niema więc pewnych podstaw, aby utrzymywać, że wyleczenie było doszczętne; sprzeciwiałoby się to bowiem trafnej obserwacyi Dra Lewkowicza, mianowicie, że występuje „często widocznie bez powtórnego zakażenia nawrót choroby (t. j. zimnicy) i to dopiero po kilku tygodniach".

Tak samo nie jest przekonywającym zbiór przypadków Dra L., gdyż tylko niektórzy jego chorzy „pozostawali na klinice po parę miesięcy". Gdyby Dr. L. mógł dowiedzieć się o dalszym przebiegu pozaklinicznym wszystkich leczonych przypadków, nie wątpię, że rychłoby napotkał wyjątki od już poznanego prawidła.

Do tych wyjątków należy, mojem zdaniem, także i przypadek J. D., ogłoszony w Nrze 29 „Przeglądu lekarskiego" b. r. (str. 356); rozumiem go bowiem tak, że chinina w nim nie oddziałała wcale na żywotność pasorzytów, a w dalszym przebiegu nastąpiło tak zwane wyleczenie dobrowolne pod wpływem korzystnych higienicznych warunków kliniki. Skoro bowiem Dr. L. w historyi rozwoju pasorzytów słusznie odrzuca hipotezę o bezpłodności półksiężyców, niema podstawy w innych przypadkach czynić takowej niejakie ustępstwa.

Gdy przeto zważymy, jak często w terapii posługiwanie się wyłącznie tylko własnym materyałem bywa źródłem twierdzeń, niezgodnych z rzeczywistością, o ileż łatwiej można przypuścić, że Dr. L., odmawiając bezpodstawnie ścisłości naukowej spostrzeżeniom, niezgodnym z jego teoryami, i to nietylko moim, ale wszystkich najpoważniejszych badaczów, sam pozostaje w błędzie.

W Moszczanach, d. 15 października 1898 r.

Dr. Zenon Grossek.

Na list kol. Grosseka dał kol. Lewkowicz następującą odpowiedź:

Nie chciałbym przedłużać niepotrzebnie dyskusyi, lecz niektórych uwag kol. Grosseka nie mogę pozostawić bez odpowiedzi.

Pomyłki są możebne nietylko między zarodnikami pasorzytów zimniczych, a ziarniną ciałek białych. Owszem często miałem sposobność stwierdzić na naszej klinice, przy spo-

[1] W piśmiennictwie, dołączonem do tego ustępu, i w nowem wydaniu, brak wzmianki o pracach Przewoskiego, dotyczących fragmentacyi mięśnia sercowego; brak również pierwszej w tym przedmiocie pracy Browicza, chociaż wymieniono późniejszą. Stąd i w tekście Renaut błędnie przytoczony, gdyż badania jego są od badań Browicza późniejsze.

[2] Jako zdarzenie pouczające, ze względu na różniczkowe rozpoznanie między durem brzusznym a zimnicą, przytoczę fakt, że w jesieni r. z. znajdowała się w szpitalu Moszczańskim chora z Koszenicy z śledzioną powiększoną, codziennymi około południa dreszczami, popołudniową przeszło 40-stopniową gorączką, u której, na podstawie wywiadów, poprzedniego jednorazowego badania, analogii do kilku w całym przebiegu spostrzeganych przypadków tej samej epidemii i braku pasorzytów zimniczych we krwi rozpoznałem dur brzuszny w III cim tygodniu choroby. Na sąsiedniem łóżku leżała chora z Wysocka, również z śledzioną powiększoną, okazująca gorączkę ciągłą i stan durowy, gdzie liczne pasorzyty amebowate we krwi spowodowały mnie do rozpoznania zimnicy. Dalszy przebieg rozpoznania te potwierdził.

sobności badań podejmowanych przez innych kolegów, jak łatwo jest pomieniać twory krwi niezimniczej, mianowicie ciałka krwi czerwone z wodniczkami, a nawet pewne postacie ciałek morwowych z ciałkami, zawierającemi pasorzyty zimnicze.

Ale nawet gdyby rozpoznanie w przytaczanych przez kol. Grosseka przypadkach nie ulegało najmniejszej wątpliwości, to jeszcze należałoby być ostrożnym w wyciąganiu z nich wniosków co do skuteczności chininy. Czyż w przypadku, spostrzegalnym przez kol. Grosseka w szpitalu św. Łazarza można być pewnym, jak długo chora chininę zażywała i czy ją wogóle zażywała. Przecież nie tak rzadko zdarza się w szpitalach, że chory odrzuca potajemnie lek przeznaczony da niego, zwłaszcza gdy mu on sprawia jakieś dolegliwości, a przypady, przeciw którym został podany, przycichną. Obok tego możnaby mieć jeszcze wątpliwości co do tego, czy przetwór podany nie był zafałszowany przetworami o mniejszej wartości leczniczej, np. chinoliną i czy został wessany.

Dr. Grossek zwraca uwagę, że i w moich przypadkach następowały, po zastósowaniu chininy, nawroty. Otóż jasnem jest, że wyleczenie można tylko osiągnąć, gdy zastosuje się chininę w odpowiednich dawkach, odpowiednią ilość dawek, a dawki w odpowiednich odstępach. Niesłusznie zatem kol. Grossek wyzyskuje te przypadki na poparcie swego zapatrywania, gdyż wyraźnie zaznaczyłem w poprzedniej odpowiedzi, że chininę zastósowałem w nich jedynie w celach doświadczalnych, wcale nie z zamiarem osiagnięcia ostatecznego wyleczenia. Główny zarzut, przytoczony przeciw spostrzeżeniom Marchouxa, jest także niesłuszny. We wszystkich trzech przypadkach, w których Marchoux stwierdził śmierć, a która wśród objawów śpiączki wystąpiła wskutek zimnicy, energiczne leczenie chininą trwało krótko, bo tylko $^1/_4$—2 dni; chinina nie miała zatem czasu do rozwinięcia w całej pełni swego wpływu. Zresztą chinina nie zabija pasorzytów starszych, lecz uniemożliwia wytwarzanie zdrowych zarodników i powstanie młodego pokolenia tak, że dojrzałe pasorzyty rozpadają się jako bezpłodne. Pasorzyty nie znikają zatem z ustroju natychmiast po zastósowaniu chininy i mimo podania tego środka objawy mózgowe w przypadkach śpiączki na tle zimnicy mogą trwać dalej, a to tem łatwiej, że nie są one jedynie wynikiem zaczopowania naczyń mózgowych ciałkami zakażonemi, ale w znacznej części objawem drobnych wynaczynień wśród istoty mózgowej, których chinina przecież nie jest w stanie usunąć. Przypuszczenie w moim przypadku samowyleczenia jest zupełnie nieuzasadnione. Na naszej klinice spostrzegano przypadki zimnicy bez podania chininy całymi miesiącami, a w żadnym nie nastąpiło samowyleczenie. Chociaż w możliwość samowyleczenia nie wątpię, to przecież nie jest ono widocznie rzeczą codzienną, i pojawia się chyba dopiero po dłuższem trwaniu choroby. Zresztą, wobec stwierdzonej skuteczności chininy, przyjmować samowyleczenie można tylko wtedy, gdy chinina bezpośrednio przedtem nie była podawana*).

Kraków, dnia 23 X. 1898 r. *Dr. Ksawery Lewkowicz.*

V. Wyciągi.

Czaplewski: **O odkażaniu mieszkań zapomocą formaldehydu.** *(Münch. med. Wchs. 1898, 41).* Porównując wartość rozmaitych sposobów odkażania mieszkań zapomocą formaldehydu obliczył C. przedewszystkiem, wiele gramów formaldehydu zużywa każdy z przyrządów na metr sześcienny powietrza, aby osiągnąć zupełne zniszczenie drobnoustrojów. Wyniki tych obliczeń są następujące: przy użyciu sposobu Trillata (formochlorol) — 2 do 3·2 gramów czystego formaldehydu; przy użyciu sposobu Rosenberga (holzin) 1·75 do 3·5 grm.; Scheringa (paraformaldehyd) 2 do 3 grm.; Schlossman-Lingnera (glykoformol) 9 do 10 grm.; wynika więc z tego, że ten ostatni, w ostatnich czasach silnie reklamowany sposób, zużywa znacznie więcej formaldehydu, niż inne i przez to samo także znacznie jest kosztowniejszy. Przyrządy podane dotychczas, działają bądź zapomocą suchych, bądź zapomocą wilgotnych par formaldehydu. Do pierwszych należą lampy Tollensa, Krella i Barthela, wytwarzające formaldehyd przez spalanie wyskoku metylowego, oraz przyrządy Aronsohn-Scheringa i Krella, wytwarzające formaldehyd przez powolne ogrzewanie paraformaldehydu, t. j. formaldehydu spolymeryzowanego. Wilgotne pary formaldehydu wytwarzano: przez wolne parowanie formaliny, bądź w ciepłocie zwykłej, bądź przy 50 do 60° i przez szybkie parowanie; te sposoby są nieodpowiednie, gdyż formaldehyd łatwo się przytem polymeryzuje i traci działanie. Należą tu dalej sposoby, zapomocą których usiłowano przeszkodzić polymeryzacyi, a mianowicie Trillata (dodawano chlorek wapna), Rosenberga (holzin: dodawano mentolu) i Schlossman-Lingnera (glykoformol: gliceryna i woda). Z tych trzech sposobów dwa pierwsze zużywają po 5 ctm. sześć. wody na metr sześcienny odkażanej przestrzeni, ostatni 43·75 ctm.^{3} wody na metr sześcienny odkażanej przestrzeni. Ten znaczny dodatek wody w sposobie Schlossmana wydał się Cz. szczególnie korzystny, ponieważ, zdaniem Cz., wszelkie drobnoustroje i ich zarodniki zabija formaldehyd łatwiej w stanie wilgotnym, niż suchym. Aby uniknąć kosztownego przyrządu Lingner-Schlossmana, zbudował Cz. rodzaj parowego rozpylacza, którego zadaniem jest rozpylić jak najwięcej formaliny w jak najkrótszym czasie i z jaknajwiększą oszczędnością materyału opałowego. Przyrządy te, wyrabiane obecnie fabrycznie przez Lautenschlägera w Berlinie, a dające się wyrabiać tanio, zużywają 8 grm. formaldehydu i 30 ctm.^{3}, wody na metr sześcienny przestrzeni, napełniają zaś parami formaliny odkażaną przestrzeń równie dokładnie, jak inne przyrządy, (to znaczy z wyjątkiem załomów); formaldehyd nie ulega przytem polymeryzacyi, a wnika tem głębiej w odkażane przedmioty, im dłużej działa i im silniejszego użyto roztworu.

Posługując się nadesłanym mu przyrządem Schlossmana-Lingnera według zachwalanego przez fabrykanta przepisu, stwierdził Cz., że działanie tego sposobu po 3 godzinach jest zgoła niewystarczające; po 24 godzinach wyniki są lepsze, jednakże prątek wąglikowy, umieszczony na podłodze, (gdzie odkażanie formaliną jest zawsze gorsze, niż pod sufitem) zachowywał jeszcze, acz słabszą, żywotność. Cz. sądzi, że sposób Schlossman-Lingnera nie ma przyszłości. Gliceryna przeszkadza wprawdzie polymeryzacyi, lecz powleka przedmioty lepką warstwą, trudno się ulatniającą; stąd też i zapach formaldehydu po odkażeniu dłużej się utrzymuje i samoistna polymeryzacya, znosząca szkodliwość jego dla zdrowia, wolniej następuje. Oprócz tego jest przyrząd Schl.-L. niezwykle drogi, a budowa jego z jednej strony ułatwia psucie się, a nawet wybuchy (z powodu zbyt szybkiego wyparowania cieczy), z drugiej bardzo utrudnia naprawy.

Z doświadczeń swoich wysnuwa Cz. w końcu następujące wytyczne dla dalszych prób z odkażaniem pomieszkań: 1) Odkażanie parami formaliny jest zawsze dzielniejsze w górnych częściach pokojów, niż przy podłodze (z powodu lekkości par formaliny), 2) Formalina odkaża nietylko na powierzchni, lecz wnika też w głąb przedmiotów; na to jednak trzeba czasu; 3) Aby osiągnąć pewny wynik, należy posługiwać się formaliną dostatecznie silną z dostatecznie obfitą domieszką pary wodnej tak, aby ona mogła wysycić zupełnie powietrze odkażanej przestrzeni; należy starać się dalej, aby pary formaliny wszędzie dostać się i skroplić mogły. Ponieważ powierzchnia ścian, mająca się odkazić, maleje w stosunku do wzrostu przestrzeni, przeto na większą przestrzeń potrzeba mniejszej stosunkowo ilości formaliny, co z góry można i należy obliczyć. Dalej należy zapobiedz stratom materyału odkażającego, które zależą a) od uchodzenia gazu (stąd zaleca się zatykanie szpar, zalepianie okien itd). b) od polymeryzacyi i tzw. kondensacyi (np. powstawania metylalu w obecności wyskoku metylowego, heksametyltetra-

*) Redakcya uważa polemikę za wyczerpaną.

miny wobec amoniaku itd).; c) od porowatości odkażanych ciał i powstawania związków chemicznych (przemoczenie przedmiotów przeszkadza wnikaniu formaldehydu; związki z żelatyną, skrobią, białkiem, amoniakiem itd.) — Tym stratom najlepiej zapobiedz przez to, aby jak najszybciej i jak najsilniej daną przestrzeń formaldehydem wysysać i przeszkodzić jego pochłanianiu i uchodzeniu. Dodatki mentolu, gliceryny itd. do formaliny są zbyteczne, a może nawet, jak gliceryna, niekorzystne. Siła odkażająca formaldehydu wzrasta, według jednozgodnego zdania badaczy, przez ogrzanie. Praktycznie ważną rzeczą są koszta odkażania. Otóż największe one są w sposobie Scheringa (3 marki za 100 grm. formaldehydu), poczem następują sposoby: Rosenberga, Krella Schlossmana, Trillata; najtańszym jest zwykły rozpylacz parowy, zbudowany przez Cz. (62—64 fenigi za 100 grm formaldehydu; jednakże sposób ten zużywa na metr przestrzeni tyle prawie formaldehydu, co sposób Schlossmana, a 2—3 razy więcej, niż inne sposoby; różnica ceny nie będzie więc tak znaczną, jak Cz. podaje. Ref.); na razie zresztą istnieje, zdaniem Cz., wyzysk ze strony fabryk formaldehydu, gdyż możnaby go wyrabiać o połowę taniej. Do zupełnego odwietrzania powinnoby wystarczyć 6 godzin. Wielką trudność stanowi usunięcie zapachu formaliny po odkażeniu; bez względu na sposób odkażania woń ta trwa zawsze długo i jest tem gorszą, im silniejszych użyto rozczynów (a takieby się właśnie najwięcej zalecały); użycie amoniaku niewiele pomaga.

„W każdym razie“ — kończy Cz. — „zagadnienie odwietrzania mieszkań nie jest wcale rozwiązane, jak to utrzymuje okólnik fabryki Lingnera, lecz dopiero zaledwie poruszone“. *Ciechanowski.*

D. Walsh: **Podrażnienie wydzielnicze skóry i innych narządów.** *(Posiedzenie towarz. lekarsk. lond., lipiec 1898).* Znanem jest, że pewne istoty, krążące we krwi, a wydzielające się przez skórę, mogą wywołać w niej zapalenie, (dermatitis); podobnie także mogą działać te istoty na błony surowicze. Dlatego środki takie, wywołujące zapalenie, należy stosować nader ostrożnie. Za teoryą wydzielania się pewnych istot trujących przez skórę, przemawia własność trująca prawidłowego potu i znalezienie tuberkuliny w pocie suchotników. Wysypki i rumienie powstają w tych przypadkach wskutek działania istot trujących na skórę; to też tu należą także podrażnienia skóry na tle chorób przewodu pokarmowego. W końcu cały szereg autorów wykazał możność wydzielania się żywych drobnoustrojów przez skórę; dlatego też stanowczo stwierdzić można istnienie pewnych zapaleń skóry, powstałych przez drażnienie wydzielnicze: przez drobnoustroje lub przez istoty przez nie wydzielane, przez leki, wreszcie przez pierwiastki chemiczne, krążące we krwi u chorych na dnę. *F. K.*

Dr. H. Maas: **Przepuklina jajnikowa z okręceniem się szypuły u dziecka.** *(Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34, 1898).* Wywiady wykazały, że u 10-miesięcznej dziewczynki istniała po prawej stronie wrodzona przepuklina pachwinowa. Nagle przed dwoma dniami u zdrowego dziecka wystąpiły wymioty, a równocześnie guz, zajmujący prawą wargę sromu, powiększył się i stał się bolesnym. Badanie wykazało: stan ogólny dobry, przewód pokarmowy drożny (stolec świeży po lewatywie), a w powiększonej i bolesnej wardze sromowej prawej ciało ruchome, robiące wrażenie gruczołu chłonnego, tkliwe, nie dające się do jamy brzusznej odprowadzić. Wypuk nad guzem stłumiony. Wobec tych objawów rozpoznano uwięzgniętą przepuklinę jajnikową. Operacya potwierdziła to rozpoznanie z tym dodatkiem, że treścią przepukliny był nietylko sam jajnik, ale i więzadło szerokie, przyjajnik *(parovarium)* i trąbka. Części te wycięto wraz z workiem przepuklinowym. Przebieg pooperacyjny był pomyślny. Ułożenie części tych w przepuklinie było następujące: u dołu jajnik, u góry trąbka z ujściem odwróconem od jajnika. Szypuła była kilkakrotnie okręconą około osi. Niestosunku między przewodem pachwinowym a szypułą nie było; poruszała się ona swobodnie w przewodzie i przepuszczała obok siebie grubą sondę. *Herman.*

Müller: **Wytrzymałość surowicy przeciwbłoniczej na różne wpływy fizyczne i chemiczne.** *(Ctblt. f. Bact.* 1898 tom. 24. Z. 6/7 i 8). Stwierdzono, że surowica przeciwbłonicza tylko przez pewien czas nie zmienia swoich własności, poczem zazwyczaj siłę swą do pewnego stopnia traci. M. starał się zapomocą odpowiednich doświadczeń zbadać, od czego zależy ta zmiana własności surowicy, a tem samem utorować drogę dla wynalezienia sposobów najlepszego jej przechowywania. Pod wpływem niebieskich promieni światła utrzymuje się surowica przez 2 miesiące dość dobrze; po 5 jednak miesiącach działania tych promieni traci prawie zupełnie swe zbawienne własności. Światło zielone po 3 miesiącach miernie a po 6 bardzo znacznie osłabia siłę surowicy; żółte światło nawet po 6 miesiącach działania niewiele wpływa na własności surowicy, również i światło czerwone jej nie szkodzi. Światło dzienne zwyczajne osłabia już po 4 miesiącach siłę surowicy, jednakże w każdym razie jest surowica na jego działanie dość wytrzymałą. Z kolorów widma jest zatem światło czerwone i żółte dla zachowania własności surowicy znacznie przyjaźniejsze, niż niebieskie i zielone. W przebiegu doświadczeń ze światłem przekonał się M. , że barwa surowicy nie stoi w żadnym związku z jej skutecznością. Badając wpływ ciepłoty, stwierdził M., że gorąco znacznie więcej szkodzi własnościom surowic, niż światło, wobec czego wskazanem jest przechowywanie surowicy w miejscu chłodnem. Dalej wykazuje M., że surowica przechowuje się gorzej w atmosferze tlenu, a nie wiele lepiej w azocie i kwasie węglowym, niż w powietrzu; wobec tego przechowywanie surowicy w atmosferze tych rozmaitych gazów, zamiast w powietrzu, nie zapewnia żadnych korzyści; w tlenie staje się surowica już po 3 miesiącach nieskuteczną. Najlepszym pod tym względem jest sposób, używany w zakładzie bakteryologicznym w Bernie, a zapewniający surowicy skuteczność przez rok przynajmniej; surowicę zamyka się tam w rurkach, wypełniając je prawie zupełnie, a pozostawiając tylko jaknajmniejszą bańkę powietrza.

Doc. Ciechanowski.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekar. galic.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniach 14 i 19 Października 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prof. Gluziński. — Obecnych członków 33.

Na porządku dziennym rozprawy na temat »jakich reform w ustroju naszych szkół średnich winien domagać się delegat Towarzystwa lekarzy galic. na ankiecie w sprawie tych szkół przez Wydział krajowy na dzień 27 Października zwołanej«.

Po wyczerpująco opracowanym referacie radcy Merunowicza, przedstawiającym smutne braki dzisiejszego wychowania fizycznego i odpowiednie środki zaradcze, przyszło do ożywionej dyskusyi, w której większość mowców oświadczyła się za koniecznością zaznaczenia zapatrywań stanu lekarskiego w sprawie ogólnych reform szkół średnich, a nie ograniczania się tylko do wskazówek, poprawę fizycznych ćwiczeń mających na oku. Po przemówieniach koll.: Stroynowskiego, Kadyja, Piseka, Szulisławskiego, Szpilmana, Gluzińskiego, Mahla, Uhmy, Ballabana, Kohlbergera i Obtułowicza, wybrało Towarzystwo delegatem do ankiety Wydziału krajowego kol. Stroynowskiego, polecając mu uwzględnienie podniesionych w rozprawie wniosków następujących:

a) wniosku rektora Kadyja (wprowadzenie obowiązkowych zabaw na wolnem powietrzu, zaprowadzenie instytucyi lekarzy szkolnych, zmiany w celu wyrobienia dokładniejszego zmysłu spostrzegawczego u młodzieży, pozostawienie nauk klasycznych przy zmniejszeniu ilości godzin na nie przeznaczonych, oraz zaniechanie sposobu nauczania gramatycznego, wprowadzenia nauki praktycznej języka francuskiego i rysunków, zniesienie dwustopniowości, t. j. podziału na niższe i wyższe gimnazyum, zaprowadzenie jednej wspólnej szkoły średniej).

b) wniosku rektora Szpilmana (wprowadzenie nauk społe-

cznych w granicach encyklopedyjnych, oraz zwrócenie większej uwagi na znajomość nauk przyrodniczych, higieny, pomocy w nagłych wypadkach i t. p.).

c) wniosku kol. Stroynowskiego (prawie identyczny z wnioskiem kol. Kadyja, a różniący się zasadniczo tendencyą zniesienia nauki języka greckiego, na co się większość Sekcyi w głosowaniu nie zgodziła).

d) wniosku kol. Szulisławskiego, zdążającego do wprowadzenia nadzoru lekarzy okulistów, a ilustrowanego przeraźliwą sumą cierpień ocznych u młodzieży szkolnej.

Sekretarz: *Dr. Hojnacki.*

VII. Sprawozdanie z IV-go Zjazdu w sprawie gruźlicy

odbytego w Paryżu od 27 lipca do 2 sierpnia 1898 roku.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Netter i Beauvalon (z Paryża) zdawali sprawę o leczeniu suchotników w uzdrowiskach (sanatoryach). Gruźlica zabiera rocznie we Francyi 15000 ofiar; „Assistance publique" opiekuje się i wspomaga w Paryżu 6000 suchotników. W rzeczywistości liczba ta jest większą, gdyż wielu lekarzy ze względów ludzkości zataja przed chorymi właściwe rozpoznanie, nie wypisując go na kartach wyjścia ze szpitala. Stąd też np. w zakładzie dla ozdrowieńców w Vincennes stwierdzili mowcy gruźlicę u $^1/_5$ przyjętych z innem rozpoznaniem. Wobec groźnego rozszerzenia się gruźlicy, należy jej wszelkiemi silami zapobiegać przez odosobnienie chorych, gdyż środki zapobiegawcze, stosowane po domach, nie wystarczą wcale, już choćby dlatego, że, jak wykazał Flügge, suchotnicy wydzielają przy kaszlu wprost w powietrze rozpyloną ciecz, zawierającą żywe prątki; ten pył kroplisty jest nawet lżejszy od pyłu suchego i łatwo się unosi w powietrzu, a przytem wykazano doświadczalnie, że zwierzęta łatwiej zakażają się drogami oddechowemi przy rozpylaniu w powietrzu płynnych hodowli prątków Kocha, niż za pomocą zakażonego suchego pyłu. Wobec tego odkażanie plwocin, zbieranych w spluwaczkach, w mniejszej tylko części usuwa niebezpieczeństwo, jakie przedstawia suchotnik; odkażanie sprzętów i pościeli w mieszkaniach prywatnych bardzo często nie da się dość dokładnie wykonać. Sama obecność suchotnika jest przeto dla zdrowych groźną i usuwając go z domu i umieszczając w zakładzie, wypełnia się zarazem drugie zadanie, mianowicie ułatwia poprawę stanu chorych, jeszcze wyleczalnych. Pierwsze zakłady, pobudowane dla chorych bogatych, wydały tak znakomite wyniki (25% wyleczeń), że w Niemczech i Szwajcaryi uważa się obecnie sprawę zakładów nietylko za sprawę ludzkości, ale wprost za korzyść społeczną, obliczając, że wartość pracy wyleczonych pokryje w ogólnym rachunku gospodarstwa społecznego koszta utrzymywania zakładów. Towarzystwa ubezpieczeń na życie wyliczyły, że przedłużenie życia wzgl. wyleczenie zabezpieczonych suchotników przyniesie im znaczne zyski i ofiarowały pieniężną pomoc dla zakładów, zastrzegając sobie jednak, że przyjmowani będą tylko chorzy łatwo uleczalni. Stąd też w niemieckich zakładach wzrosła liczba wyleczeń do 30 — 36%, polepszeń do 40 — 50%. Z obliczeń, wykonanych przez władze sanitarne niemieckie, wynika, że wartość pracy wyleczonych w ten sposób chorych wynosi co najmniej $13^1/_2$ miliona marek za trzy lata, a potrąciwszy koszta utrzymania zakładów i amortyzacyi kapitałów zakładowych, pozostaje jako czysty zysk w gospodarstwie społecznem $7^1/_2$ miliona marek ($2^1/_2$ miliona rocznie). Patrząc na rzecz z ogólniejszego stanowiska, nie należałoby ograniczać przyjmowania do zakładów tylko do lekko chorych; w ten sposób bowiem pozostają wśród społeczeństwa właśnie najniebezpieczniejsi chorzy. Natomiast należałoby chorych wyleczalnych umieszczać w odrębnych zakładach, dających jaknajlepsze warunki, zbudowanych ile możności w okolicach górskich; dla ciężej chorych utworzoną być powinna druga gromada zakładów, które, przeciwnie niż tamte, znajdowaćby się musiały blisko miast, aby chorych nie narażać na szkodę wskutek dalekiej podróży. Przytem należałoby pomyśleć o zapewnieniu bytu rodzinom chorych; na wagę tej sprawy zwracał uwagę Gebhard na zjeździe higienicznym w Stuttgardzie. Dla bardzo ciężko chorych, których nie można przewozić, powinny istnieć zamknięte oddziały w miejscowych szpitalach, na wzór działających już dziś oddziałów w Paryżu w szpitalach Lariboisière i Boucicaut. We Francyi utworzono, dzięki zabiegliwości prywatnej, zakłady w Ormesson, Villepinte, Cimiez, Hauteville. Według doświadczeń zagranicznych koszt łóżka w zakładzie nie powinienby przenosić 5000 fr.; stąd też 12 milionów franków, proponowanych przez „Assistance publique" wystarczyłyby na utworzenie 2000 łóżek, ilość ta zaś wystarczyłaby na pomieszczenie wszystkich suchotników paryskich (miejscowych).

Le Gendre (z Paryża) zdawał sprawę o konieczności pomnożenia małych zakładów dla leczenia gruźlicy płuc. Ilość zakładów dla gruźliczych we Francyi jest bardzo niewystarczającą i wzrasta bardzo powoli. Chorzy niechętnie udają się do zakładów oddalonych i obawiają się zetknięcia z cięźej chorymi, a obawę tę podzielają nie bez słuszności lekarze, nie mając do wyboru zakładów, zastosowanych do ciężkości schorzenia. Te przeszkody wzrostu zakładów upaśćby musiały przez utworzenie niewielkich, a licznych i wszędzie rozsianych zakładów, przyjmujących wyłącznie to lekko, to ciężko chorych, a zbudowanych w odpowiednich miejscach, których we Francyi nigdzie nie brak. Budowa takich zakładów jest tańszą i łatwiejszą, niż tworzenie wielkich uzdrowisk. Dom z kilku pokojami, zwróconymi na południe, ze wspólną jadalnią i odpowiednio urządzoną werendą, oraz ogrodem, zbudowany w takiej okolicy, aby mógł być otwarty przez cały rok, wystarczałby zupełnie na ten cel. Lekarze albo poświęcaliby się wyłącznie zakładowi, który wówczas mógłby liczyć 10—20 miejsc, lub też opiekowaliby się nim tylko przygodnie, lecz wówczas mógłby on mieścić tylko 3 do 4 chorych. Lekarze żonaci i dzietni mogliby mieszkać po za zakładem; nie brak zresztą nieżonatych, którzyby nie byli krępowani obawą zakażenia rodziny, a jest też sporo takich, którzy, sami mając lekką gruźlicę, nadawaliby się szczególnie na kierowników zakładów. Takie zakłady łatwo mogłyby przyjmować chorych za darmo lub za niską cenę, jeżeliby gminy i ofiarność dobrowolna przyczyniały się do kosztów utrzymania. Wreszcie na wniosek L. G. *uchwalił zjazd wyrazić życzenie, aby stan lekarski i społeczeństwo starały się prywatnymi środkami tworzyć małe zakłady* (4—20 łóżek).

Schrötter (z Wiednia). Zakłady (sanatorya) i zapobieganie gruźlicy. Już w r. 1883, przedstawiał S. Towarzystwu lek. wied. wniosek o utworzenie odrębnych zakładów dla gruźliczych. W roku następnym wniesiono odpowiednie przedstawienie do władz, wskazując na ogromną śmiertelność z gruźlicy w Wiedniu (25% wszystkich zejść śmiertelnych, 7·4% mieszkańców). Dopiero jednak w r. 1890 znaleziono środki na urzeczywistnienie tej myśli i otwarto zakład w Alland pod Wiedniem. Zastosowano tam spluwaczki papierowe, napojone parafiną, aby nie przemakały; spluwaczki te pali się wraz z plwociną. Od roku 1893 istnieje w Wiedniu odrębna komisya, zajmująca się zagadnieniem zapobiegania gruźlicy. Odpowiednie przepisy ogłoszono plakatami w fabrykach, pracowniach it.d. Na wniosek S. *uchwalił zjazd utworzenie stałego wydziału międzynarodowego dla badania środków zapobiegania gruźlicy.*

Thomassen (z Utrechtu) starał się doświadczalnie określić niebezpieczeństwo spożywania mięsa zwierząt gruźliczych, które nawet wówczas, gdy gruźlica nie jest ogólną, zawierać może w głębi serowate gruczoły, lub uledz zakażeniu na powierzchni w czasie rozcinania w rzeźniach. Żywiąc znaczną liczbę prosiąt takiem mięsem, zdołał Th. wywołać gruźlicę u trzech tylko i to w ten sposób, że wśród mięsa znajdowały się odłamki kości. Rolę odgrywać tu mogły z jednej strony mechaniczne skaleczenia przewodu pokarmowego tymi odłamkami, z drugiej obecność szpiku kostnego, nader często i znacznie zajętego gruźlicą. Dla człowieka niebezpieczeństwo zakażenia mięsem zwierząt gruźliczych, jeśli gruźlica nie była ogólną, jest więc nader małe, zwłaszcza po ugotowaniu lub upieczeniu mięsa.

Sirot omawia tachykardię u suchotników; Durand i Mongour (z Bordeaux) odnoszą to zjawisko do wessania pewnych jadów, wytwarzanych przez prątki gruźlicze, przyspieszających tętno, które Arloing wydzielił, jako tuberkulinę A i D (obacz wyżej). Papillon (z Paryża) zauważa, że tachykardia w gruźlicy płuc zależy wprost od obniżenia parcia tętniczego i odnosi ją również do działania wessanych jadów, natomiast Arthaud (z Paryża) widzi w niej objaw wzmożonej pracy serca wskutek tego, że płuca stają się mniej przenikliwe dla powietrza.

Nocard i Dubousquet-Labordière przytaczają spostrzeżenia zakażenia się zwierząt gruźlicą od ludzi.

Nocard w imieniu Blanca (z Lyonu) i własnem zdaje sprawę z przypadku samoistnej gruźlicy u osła, pierwszego, jaki wogóle dotychczas stwierdzono naukowo. Doświadczalnie udawało się wprawdzie wywołać ją u tego zwierzęcia, jednakże szybko następowało wyleczenie. Osobiście nie zdołał N. zakazić osłów gruźlicą. Ogniska gruźlicze, znaleziono w płucach w przypadku obecnie stwierdzonym gruźlicy samoistnej, miały wejrzenie

raczej ognisk mięsakowych, niż guzów gruźliczych; dopiero staranne badanie zdołało wykryć obecność prątków Kocha; świnki morskie za szczepione cząstkami guzów padły na gruźlicę. Okazuje się więc, że osły nie są odporne przeciw gruźlicy; w każdym razie ulegają jej nadzwyczaj trudno; mimo to próby leczenia gruźlicy surowicą tych zwierząt, nawet po zastrzykiwaniu im tuberkuliny, pozostały bezowocnie.

Charrin (z Paryża) zdając sprawę ze zmian, spotykanych u potomków rodziców gruźliczych, zaznacza, że nie widział u noworodków ani jednego przypadku gruźlicy wrodzonej; pochodzi to prawdopodobnie stąd, że gruźlica łożyska jest o wiele rzadszą, niż kiła łożyska. Potomstwo gruźliczych przynosi jednak na świat wrodzoną słabość, to, co nazywamy usposobieniem do gruźlicy. Zastępując to słowo ściślejszemi danemi, stwierdza Ch., że dzieci gruźliczych często rodzą się przed kresem ciąży; donoszone, posiadają często niższą od prawidłowej wagę; wzrost ich jest powolniejszy i niejednostajny; oddają 4 do 6 kaloryi na godzinę, zamiast 7 do 9, jak dzieje się prawidłowo; wydychają 0·12 do 0·23 CO_2 na kilogram i godzinę, zamiast 0·28 do 0·44; podobnież ma się rzecz ze składnikami stałymi moczu; wszystko to świadczy o gorszej przemianie materyi. Anatomicznie można stwierdzić niekiedy lekkie zmiany nerek i wątroby, które są niewątpliwie skutkiem skazy wrodzonej.

Teissier (z Paryża) starał się doświadczalnie rozwiązać zagadnienie, na czem polega leczniczy wpływ laparotomii w gruźlicy otrzewnej, który odnoszono bądź do wpływów cieplnych lub świetlnych, bądź do usunięcia lub przeciwnie do wywołania wysięku, bądź do działania powietrza. W tym celu wprowadzał on królikom i morskim świnkom, zakaziwszy sztucznie gruźlicą ich otrzewnę, bądź wyjałowione powietrze, bądź tlen, bądź azot. Okazało się, że w ten sposób można zwolnić przebieg, a niekiedy zupełnie przerwać rozwój gruźlicy otrzewnej i że wśród czynników leczniczych, zależnych od laparotomii, wielkie znaczenie ma działanie powietrza. Być może, że powietrze działa tu poczęści przez to, że rozdziela od siebie powierzchnie surowicze, a poczęści przez jakiś swoisty wpływ na błonę surowiczą; zdaje się jednak, że obok tego zmienia ono wprost żywotność i jadowitość prątków gruźliczych. W istocie bowiem hodowle prątków Kocha rozwijają się w atmosferze tlenu wolniej, niż w powietrzu i tworzą wprawdzie grube warstwy, lecz nie szerzą się na powierzchni: w atmosferze azotu rosną prątki bardzo nędznie, w cienkiej warstwie i gorzej się barwią. Istnieje więc niewątpliwy wpływ obu składników powietrza na żywotność prątka Kocha, a może on tem łatwiej rozwinąć się w jamie otrzewnej, że, jak wykazał Drouin, zamknięte w niej powietrze bardzo szybko skład swój zmienia.

Meunier (z Paryża) zwracając uwagę, że u dzieci, które plwociny nie odkrztuszają, odpada najdzielniejszy środek wykrycia gruźlicy płuc, to jest badanie plwocin na prątki, zaleca rozpoznawać gruźlicę płucną u dzieci zapomocą badania na prątki treści żołądka, zawierającej połknięte plwociny, zamiast badać kał, lub śluz z przełyku, jak radzili Kaufman i Kossel. Wydobyć treść żołądka (na czczo) u dzieci jest bowiem wiele łatwiej. Sposób swój wypróbował M. z dobrym wynikiem w licznych przypadkach.

Bloch (z Vincennes) zaleca leczenie gruźlicy płuc zapomocą unieruchomienia klatki piersiowej po stronie chorej. Acard (z Paryża) zapomocą formaldehydu „in statu nascendi", Conil (z Paryża) zapomocą surowicy psiej, wziewań formaldehydu i elektryczności statycznej.

zestawił *Docent Dr. Ciechanowski.*

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z obrad IV. Wiecu delegatów austryackich Izb lekarskich, odbytego dnia 10. października 1898. r. we Lwowie.

Na poufnem zebraniu, odbytem d. 9. października 1898 r. roztrząsnęli delegaci w ogólnych zarysach porządek dzienny Wiecu.

Wiec rozpoczął swe obrady dnia następnego t.j. 10 Października. O godzinie 9. rano po powitaniu ze strony P. Wiceprezydenta c. k. Namiestnictwa i Prezydenta miasta zagaił przewodniczący Izby wschodnio-galicyjskiej, jako Izby gospodarskiej, obrady Wiecu. Uprosiwszy reprezentanta c. k. rządu, by zechciał być tłómaczem głębokiego bólu ogółu lekarzy austryackich, po stracie ś. p. Cesarzowej, przyczem wszyscy obecni stojąco wysłuchali przemowy, stwierdził przewodniczący ustawą przepisany komplet Wiecu.

Obecni byli delegaci, przeważnie prezydenci wszystkich prawie Izb austryackich, mianowicie: Dr. Svetlin (Wiedeń), Dr. Adler (Niższa Austrya), Dr. Brenner (Berno mor.) Dr. Nessel (Praga, Izba czeska), Dr. Petrina (Praga), Izba niemiecka), Dr. Dvorzak (Szląsk), Dr. Fossel (Grac), Dr. Mayer (Innsbruck), Dr. Gregoric (Lublana), Dr. Gramaticopulo (Pola), Dr. Mitkiewicz (Czerniowce), Dr. Łazarski (Kraków). Przez cały czas obrad wiecowych obecnym był również protomedyk, radca c. k. Namiestnictwa, Dr. Merunowicz. Obowiązki Sekretarza Wiecu pełnił Dr. Pisek, członek wydziału Izby wschodnio-galicyjskiej. Te Izby, które nie wysłały swych delegatów na Wiec, poruczyły zastępstwo delegatom Izb sąsiednich.

Porządek dzienny obejmował 13 zgłoszonych spraw, wzgl. wniosków.

I. Sprawa adresu jubileuszowego. Jednogłośnie przyjęto wniosek przedstawiciela Izby wiedeńskiej (Dr. Svetlin): „Wiec uchwala adres wspólny w języku niemieckim, podpisany przez prezydya wszystkich Izb, które wręczą adres J. Cesarskiej MCI." Przeprowadzenie uchwały porusza się Izbie wiedeńskiej, wspólnie z Izbą gospodarczą.

II. Obszerna rozprawa rozwinęła się nad memoryałem do prezydenta ministrów. Memoryał, którego wypracowanie przeszłoroczny Wiec Izb powierzył Izbie morawskiej (Dr. Brenner), zawiera w znakomitem opracowaniu szczegółowy obraz obecnej niedoli lekarzy i wzywa rząd do usunięcia przyczyn upadku stanu lekarskiego. Dr. Adler sądzi, że memoryał treściwszy byłby skuteczniejszy. Polepszenie doli lekarzy uważa za obowiązek państwa. Dobrze wyposażony stan lekarski oddziaływa w pierwszym rzędzie na korzystniejsze ukształtowanie się stosunków zdrowotnych. Rozwielmożnienie się partactwa lekarskiego, nieścisłe wykonywanie przepisów ustawy przeciw partactwu, przymusowa pomoc lekarska (Ärztlicher Berufszwang), zapoznawanie Izb lekarskich ze strony władz centralnych, oto, zdaniem mowcy, ważniejsze powody niekorzystnego położenia lekarzy. Szczegółowo omawia mowca te punkty, przyczem dotyka i sprawy Kas chorych. Dr. Petrina przemawia w tym samym duchu, a w usunięciu niedostatków wyżej przytoczonych upatruje jedyną drogę do sanacyi opłakanych stosunków ogółu lekarskiego. W zapale, powiada mowca, że nieraz zdaje mu się, iż przez kreowanie Izb lekarskich chciano tylko uśmierzyć lekarzy, dając im „zabawkę".

Dr. Łazarski wykazuje w obszernym wywodzie, że przedstawienie sprawy w memoryale, jakkolwiek trafne, jest zbyt rozwlekłe. Przymusu lekarskiego żadną miarą znieść nie można; korzystną i jedynie stosowną rzeczą będzie pewne ograniczenie tego przymusu. Ograniczenie takie, jak to mowca na przykładach udowadnia, da się przeprowadzić. Mniej wagi natomiast przywiązuje mowca do sprawy „chirurgów" i awansu urzędników sanitarnych, omawianej zbyt szczegółowo w memoryale. Przekonywujące swoje argumentacye streszcza mowca w następujących wnioskach: Wystósować memoryał treściwy o niedoli lekarzy do prezydenta ministrów, zaś obszerny wywód rozesłać w znacznej liczbie egzemplarzy do ciał prawodawczych i do lekarzy. W podobnym duchu przemawiali i inni mowcy: Dr. Fossel, który wskazuje na wzrastającą konkurencyę pośród samych lekarzy. Centralnemu wydziałowi Izb lek. w Wiedniu jest stanowczo przeciwnym Dr. Mayer, który uważa jak największe rozpowszechnienie memoryału za nader korzystne. Za ograniczeniem przymusu lekarskiego gorąco przemawiali Dr. Dvorzak i Dr. Mitkiewicz, który nadto usprawiedliwiał ograniczenie tego ciężaru tem, że obecnie zaliczono lekarzy do „zarobkujących".

Referent Dr. Brenner wykazał ponownie trudności, stojące na zawadzie usunięciu przymusu lekarskiego, a dodatkowo do swych uwag w memoryale wskazał, jako na jednę z przyczyn coraz większej niedoli stanu lekarskiego,

brak znajomości życia praktycznego u wielu lekarzy, rozpoczynających praktykę. Co do spraw Kas chorych, oczywiście przeciwnym jest wszelkiemu *numerus clausus*, lecz i z całą energią należy wystąpić przeciw zwabianiu (Anlocken) lekarzy równocześnie do osiedlania się i objęcia obowiązków w Kasie chorych.

Ostatecznie uchwalono: treściwy memoryał wystosować do prezydenta ministrów, a obszerniejszy rozesłać.

III. Sprawa zmiany ustawy o Izbach lekarskich, wywołała zaraz przy pierwszym §. żywą rozprawę. Przedewszystkiem uznano za konieczne określić ustawowo pojęcie „lekarz“ (Arzt). Drastyczne uwagi o „lekarzach dentystach“ dla Moraw, czyli partaczach, którym wyjątkowo pozwolono wykonywać niektóre działy zawodu dentysty na Morawach, o specyalistach do złamań, jak Schadlbauer, protegowany przez Sejm górnoaustryacki i t. d. wykazały, jak konieczne jest ustawowe określenie pojęcia „lekarz“. Wynikiem rozpraw, w których prawie wszyscy uczestnicy głos zabierali, była uchwała tej treści, że lekarzem jest każdy, kto posiada dyplom doktora, (med. lub med. i chir.) wszech nauk lekarskich, lub dyplom patrona chirurgii, ważny w krajach reprezentow. w Radzie państwa. Każdy lekarz, który na podstawie takiego dyplomu piastuje jakąś posadę, lub wykonuje sztukę lekarską, jest „*kammerpflichtig*“, czyli podlega Izbie lekarskiej. Szkic tego określenia ma być jeszcze dokładniej wykończonym, inaczej bowiem pytanie, kto ma należeć do Izby lekarskiej, będzie zawsze nasuwało wątpliwości.

§. 4. al. 1. ustawy uchwalono zgodnie z wnioskiem Izby morawskiej, ze zmianą we wszystkich sprawach tyczących się interesów stanu lekarskiego . . . Wniosek Izby wschodnio-galicyjskiej, by każda z Izb wybierała zw czajnego członka c.k. Rady zdrowia uchwalono, jako dodatek do §. 4. z uwaga Dr. Łazarskiego, aby w szczególności dla Izby wschodniogalicyjskiej wolno było wybrać delegata zamieszkałego stale we Lwowie.

Uchwalono następnie jednomyślnie oddzielenie Rady honorowej od wydziału Izby. Wniosek ten, który pierwotnie wyszedł z łona Izby wschodniogalicyjskiej, zyskał ogólną aprobatę. Powody: Nie można być sędzią własnej sprawy; odrębna Rada honorowa ma tylko wyłącznie jeden dział do załatwienia; wykonanie wyroku zostawia się wydziałowi, który wyroku nie ferował. Do Rady honorowej mogą być wybierani wszyscy lekarze do Izby przynależni, z wyjątkiem wydziałowych Izby. Wyboru dokonuje Izba (pełna).

IV. Sprawę centralnego wydziału Izb, mającego stale w Wiedniu urzędować, pozostawiono w zawieszeniu, szczególniej pod naciskiem opozycyi Izby wschodniogalicyjskiej (Dr. Festenburg). Cały szereg dalszych zmian ustawy, proponowanych przez poszczególne Izby, uchwalono na wniosek Izby bukowińskiej (Dr. Mitkiewicza) przekazać stósownie do pierwotnego wniosku Izby czeskiej (sekcya czeska) komitetowi wybranemu jeszcze na Wiecu poprzednim z 3 Izb dla sprawozdania na Wiecu piątym.

V. W sprawie Kas chorych nie zgodzono się na wniosek Izby kraińskiej (Dr. Gregorič), by dążyć do upaństwowienia Kas. Wyczerpująca dyskusya wykazała dobitnie, że w całej Austryi stosunek Kas chorych do lekarzy jest prawie niemożliwy! Dr. Mitkiewicz zaleca wnioski Izby zachodnio-galicyjskiej, przedstawione ponownie przez Dr. Łazarskiego. Wreszcie uchwalono ponownie przedłożyć Wysokiemu c. k. Rządowi to samo podanie, co przed 2 laty.

VI. Honorarya lekarskie. Przewodniczący, Dr. Festenburg, omawiając sprawę honoraryów, wykazał, że dotychczas żadna z Izb nie przedłożyła szczegółowo umotywowanych uchwał, normujących zawiłą sprawę honoraryów lekarskich. Uchwalono poruszyć sprawę tę również w memoryale do ministra prezydenta, przyczem przemówienia Dr Petriny i Dr. Łazarskiego wskazały niektóre dyrektywy w tym kierunku.

VII. Partactwo lekarskie było ponownie przedmiotem rozpraw, ze względu na „ogłoszenia“ dziennikarskie. Przewodniczący wskazuje na memoryał, wypracowany przez wschodniogalicyjską Izbę (w myśl uchwały Wiecu IIIgo) w sprawie partactwa lekarskiego, który rozesłany był wszystkim Izbom do przedłożenia Wys. c. k. Rządowi i wyczerpująco sprawę partactwa wyświetla. Zapowiedź wydania katastru, czyli spisu partaczy morawskich, przez większość delegatów przychylnie przyjęta, napotkała na częściową opozycyę. Wskazywano (Dr. Gregorič) na niebezpieczeństwo takiego skorowidzu, informującego łatwowierną publiczność! Pomimo to uchwalono dążyć do ułożenia takiego spisu w obrębie każdej Izby.

VIII. Sprawę polepszenia bytu lekarzy kolejowych przekazano następnemu Wiecowi.

IX. Wniosek Izby ślązkiej (Dr. Dvorzak) o dążeniu do zniesienia przymusu lekarskiego wywołał ponownie ożywioną wymianę zdań. Skrajne zapatrywania wnioskodawcy, który w przymusie tym upatrywał poniekąd: „wezwanie do popełniania błędów sztuki lekarskiej“, nie przekonało obecnych i sam wnioskodawca zgodził się na „ograniczenie przymusu“ w duchu przemówienia Dr. Łazarskiego. Uchwalono ostatecznie, że „Wiec w ogólności oświadcza się przeciw przymusowi lekarskiemu.“

X. Sprawy podatkowe, pomimo wyczerpującej dyskusyi, nie dało się ująć w konkretne postulaty. Wnoszenie rekursów wydawało się mówcom jako jedyna droga.

XI. Co do świadectw lekarskich uchwalono zgodnie z wnioskiem Izby czeskiej (sekcya niemiecka) rezolucyę wyrażającą ubolewanie, że świadectwa lekarzy nieurzędowych, choćby najznakomitszych, przez władze bywają uważane jako mniejszą wartość mające, niż świadectwo, jakie wydają lekarze urzędnicy.

XII. Sprawę ustanowienia osobnych referentów sanitarnych przy naczelnych władzach autonomicznych, która, jak w przemówieniu wykazał Dr. Festenburg, jest dla Galicyi bezprzedmiotową, pozostawiono *ad referendum* każdej poszczególnej Izbie.

XIII. Sprawę jednolitego sposobu pobieraniu opłat od lekarzy, zmieniających miejsce pobytu, przekazano następującemu Wiecowi.

Jako miejsce następnego Wiecu uchwalono Baden w Austryi Niższej, a Izbę niższoaustryacką (z wyłączeniem Wiednia) wybrano Izbą gospodarczą. Serdecznem podziękowaniem za udział delegatów i współudział WP. Radcy c. k. Namiestnictwa, Dra Merunowicza, zamknął przewodniczący, Dr. Festenburg, IV. Wiec. Delegat Izby wiedeńskiej wyraził imieniem ogółu delegatów Izbie gospodarczej, a w szczególności jej prezydentowi głęboką wdzięczność za trudy przygotowań i bezstronne kierownictwo obradami.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 3 Listopada.

W Nr. 36. »Przeglądu Lek.« donieśliśmy o wezwaniu, które otrzymał prof. dr. E. Korczyński od paryskiego Komitetu, urządzającego w 1900 r. XIII. międzynarodowy Kongres lekarski, do zorganizowania Komitetu polskiego dla obesłania tego Zjazdu.

Dnia 1. listopada zgromadził prof. E. Korczyński grono ludzi zaufania, którzy, po wyczerpujących obradach, wybrali prezydyum Komitetu, do którego powołani zostali: prof. dr. E. Korczyński — na prezesa, prof. dr. B. Wicherkiewicz — na wiceprezesa, dr. A. Kwaśnicki — na sekretarza.

W celu zadośćuczynienia naukowym zadaniom Kongresu, nowowybrany Komitet polski upoważnił do pośredniczenia w tym kierunku następujących lekarzy: Chłapowskiego (Poznań), A. Gluzińskiego (Lwów), Hewelkego (Warszawa), Jaruntowskiego (Poznań), Laskow-

skiego (Genewa), Rychlińskiego (Warszawa), Rydygiera (Lwów), Sokołowskiego (Warszawa), Święcickiego (Poznań), Ziembickiego (Lwów).

Następnie zgromadzeni zastanawiali się poufnie nad terminem Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który ma się odbyć w Krakowie. Jednomyślnie wyrażono życzenie, by Zjazd ten mógł odbyć się w drugiej połowie lipca, 1900 r.

Sprawa Słownika i terminologii polskiej była również przedmiotem wymiany zdań. Nie ukrywano żalu, że wskutek zbytniej powolności krakowskiej Komisyi terminologicznej, doszło w ostatnich czasach do tego, że chaos w terminologii lekarskiej polskiej o wiele się zwiększył, a jako przykład przytoczono, że w r. bieżącym począł w Warszawie wychodzić „Słownik języka polskiego“, który użył wyrazownictwa lekarskiego n i e u j e d n o s t a j n i o n e g o. Inaczej jeszcze postąpiła warszawska Redakcya »Wydawnictwa podręczników chirurgicznych«, posługując się już słownictwem anatomicznem śp. dr. Krysińskiego zanim ta cenna spuścizna przeszła przez ocenę lingwistów naszych, a co więcej, zanim wyszła z pod prasy.

Wobec tych faktów, a z obawy przed nowymi, zgromadzeni wyrazili życzenie, by, w imię dobra naszego piśmiennictwa, uprosić obecną krakowską Komisyę słownikową o możebne przyśpieszenie wydania Słownika terminologii lekarskiej polskiej.

* Z początkiem r. 1899 zacznie wychodzić w Łodzi miesięcznik »C z a s o p i s m o L e k a r s k i e«. Będzie to organ lekarzy prowincyonalnych, poświęcony medycynie praktycznej, higienie ludności pracującej fizycznie, sprawom bytowym lekarzy prowincyonalnych, sprawozdaniom z ruchu Towarzystw lekar. prowincyonalnych, Zjazdów i t. d. Uznając istnienie specyalnych warunków bytu i odmiennych potrzeb zawodowych lekarzy prowincyonalnych, »Czasopismo Lekarskie« dążyć będzie do stania się organem zjednoczenia ich pracy naukowej i praktycznej. Redaktorem »Czasopisma Lekarskiego« będzie Dr. Seweryn Sterling, wydawcą D. J. Koliński.

Łódź jest dla naszego społeczeństwa posterunkiem wielkie wagi; wszelki tam objaw obywatelskiego działania, zwłaszcza w sferze ducha, witamy z radością i uznaniem i, z tego stanowiska, życzymy szczerze powodzenia nowemu czasopismu.

* D. 26 z. m. odbył się wykład habilitacyjny Dra Michała Seńkowskiego na temat: »O teoretycznych podstawach analizy tłuszczów i zastosowaniu ich w badaniach produktów spożywczych«.

* Prof. Weichselbaum podaje w »Oesterreichische Sanitätswesen« obszerny opis warunków, wśród których odbywały się w wiedeńskiej pracowni bakteryologicznej badania nad zarazkiem dżumy. Drowie Albrecht i Gohn podjęli się, na życzenie Akademii Umiejętności, naukowego zbadania materyału, zebranego w Bombayu; chodziło tu o doświadczalne przekonanie się, jakiemi drogami zarazki dżumowe dostają się do ustroju, oraz czy i w jaki sposób byłoby możliwe szczepienie ochronne przeciw dżumie. Na te badania przeznaczono pokój, absolutnie odcięty od wszelkich innych ubikacyj i posiadający podłogę kamienną. Służący Barisch był człowiekiem inteligentnym, zręcznym, trzeźwym i należycie pouczonym o niebezpieczeństwach swej służby. Badania rozpoczęto w sierpniu r. 1897. Hodowle dżumy były wyłącznie oddane do przechowania Gohnowi, na którego odpowiedzialności spoczywały przygotowania do doświadczeń na zwierzętach, oraz desinfekcya pozostałych po doświadczeniu resztek i naczyń. Klatki ze zwierzętami pozostawały w pokoju »dżumowym«. Do obowiązków Barischa należały: desinfekcya podłogi, karmienie zwierząt, desinfekcya klatek, czyszczenie już zdesinfekcyonowanych narzędzi. Barisch był starannym i rozumiał ważność zarządzonych środków ostrożności. Zarażenie Barischa nastąpiło w czasie, kiedy badania były już prawie ukończone, a Barisch bardzo mało do posług był używany.

Z tego przedstawienia rzeczy przez prof. Weichselbauma zdawałoby się wynikać, że Barisch nie powinien był zarazić się dżumą doświadczalną, a jednak nie uniknął jej. Działalność ludzka jest połączona z tylu niebezpieczeństwami, że nie masz zawodu, bezwzględnie wolnego od mniejszego lub większego niebezpieczeństwa. Pomimo lamp i klap bezpieczeństwa wybuchają gazy w kopalniach, pękają kotły w fabrykach parowych; bijące w oczy sygnały nie zapobiegają wpadaniu na siebie pociągów, a ofiarą padają nie jednostki, lecz setki i tysiące ludzi. Na takie nieszczęścia wynaleziono formułkę, że »tu działa *vis major*«. Otóż taką *vis major* była ta, która spowodowała dżumę doświadczalną w Wiedniu; wszak tu ma się do czynienia ze światem niewidzialnym, dla zmysłów ludzkich nieuchwytnym i nieujętym; więc żadne ostrożności nie mogą dać absolutnej rękojmi; byle sumienie tych, na których spoczywa cała odpowiedzialność, było czyste, byle im nie można było zarzucić, że działali lekkomyślnie.

Gdy jednak, pomimo wypadków w fabrykach i kopalniach, nikt nie podnosi głosu za zamknięciem fabryk i zasypaniem kopalń, frakcya parlamentu wiedeńskiego, która wystąpiła z wnioskiem, żądającym zakazania dalszych badań bakteryologicznych nad dżumą, ośmieszyła siebie, jeśli to jeszcze wogóle możebne po tegorocznych jej produkcyach obstrukcyjnych. Od czasu do czasu dżuma zostaje zawleczona do Europy; jeśli w Wetlance było wiele ofiar, to tylko dlatego, że lasecznik dżumy wtenczas nie był jeszcze znany i, zanim rozpoznano chorobę, rozszerzyła się ona już na dobre. W ostatnich latach trzy razy przywiozły okręty dżumę z Indyi do Europy, lecz szybko poznana, właśnie na drodze badań bakteryologicznych, została zwalczoną w zarodku. A nawet obecna wiedeńska dżuma, jeśliby nie była, dzięki bakteryologii, przy pierwszym przypadku rozpoznana, niezawodnie pociągnęłaby o wiele liczniejsze ofiary. Państwo, zwłaszcza państwo mające brzegi morskie, powinno mieć urząd sanitarny, znający się na bakteryologii dżumy i innych egzotycznych chorób zakaźnych; a kto tego nie rozumie, daje świadectwo ciasnego pojmowania rzeczy oczywistych, partyjnego zacietrzewienia i nałogowego szerzenia obstrukcyi.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiellońskim otrzymał Józef Kiczales.

Nekrologia. Doszła nas smutna wieść z Monachium o śmierci Dra Stanisława Kondratowicza, znanego lekarza warszawskiego, wieloletniego wydawcy »Gazety lekarskiej«. Zmarły ogłosił kilka rozpraw w czasopismach warszawskich i spolszczył dzieła: Barnesa i Schroedera. Ś. p. Kondratowicz należał do tej dzielnej garstki ludzi, która w najcięższych chwilach nie tylko potrafiła stawić czoło trudnościom, lecz i rzucić trwałe podwaliny bytowi lekarskiej literatury polskiej. Śmierć jego w sile wieku, bo liczył zaledwo lat 50, jest stratą społeczną.

Redakcya otrzymała:

— T e n ż e: Ueber die Bestimmung der Lage und Grenzen des Magens durch Combination der neuesten Untersuchungsmethode. (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— T e n ż e: Beitrag zur Diagnostischen X-Durchstrahlung der Respirationsorgane (Odbitka). Wiedeń, 1898.

— Dr. K r a m s z t y k Z.: Szkice krytyczne z zakresu medycyny. Warszawa, 1898.

— Dr. K r o k i e w i c z: Dwa przypadki tężca urazowego, z których jeden leczony wstrzykiwaniami zawiesiny mózgowej, a drugi antytoksyną. Odbitka. Poznań, 1898.

— T e n ż e: Zanik mięśni w przebiegu ostrego gośccowego zapalenia stawu barkowego. Wyleczenie. Odbita. Poznań, 1898.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe z w y c z a j n e p o s i e d z e n i e w dniu 9-go Listopada, to jest we środę, o godzinie 6-tej wieczorem, w Sali wykładowej kliniki chirurgicznej, ulica Kopernika, Nr. 41.

Na porządku dziennym:

1) Sprawy administracyjne.

2) Kol. Dr. Kaczkowski Karol: Okaże przyrząd Röntgena najnowszej konstrukcyi z przedstawieniem odpowiednich przypadków chorobowych.

3) Kol. Dr. Rutkowski Maks. wygłosi: O niedrożności jelit mechanicznej na podstawie 156 przypadków.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków, 12. Listopada 1898. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O tak zwanem „wrzodliwem zapaleniu gardła" *(angina ulcerosa)* i jego rozróżnieniu od błonicy.

Podał

Doc. Dr. Jan Raczyński.

Sprawy zapalne błony śluzowej gardła i migdałków, aczkolwiek podzielone na dość już liczny szereg gromad chorobowych, etyologicznie, klinicznie i anatomicznie między sobą różnych, stały się mimo to w najnowszych czasach na nowo polem badań, prowadzących do nowych podziałów. Okazało się przy tych badaniach, że niejeden z typów chorobowych, uważanych dotąd za wyodrębnioną postać i za jednolitą całość, w istocie kryje kilka etyologicznie wręcz odrębnych, klinicznym przebiegiem niemało się różniących, a może i anatomicznie niezupełnie podobnych spraw.

Z pomiędzy tych rozlicznych, teraz dopiero odróżnianych cierpień gardła, mało stosunkowo uwagi poświęcano sprawie, którą równorzędnie do zapalenia wrzodliwego ust *(stomatitis ulcerosa)* nazwaćby należało wrzodliwem lub dzięgnowem zapaleniem gardła *(angina ulcerosa)*. Postać ta znana była wprawdzie już dawniej, jako towarzyszka wrzodziejącego zapalenia ust, jednakże w ostatnich dopiero czasach zajęto się tymi jej przypadkami, w których występuje ona samoistnie tylko na migdałkach, bez śladu zajęcia błony śluzowej ust, a i to zajęto się nią, jak dotąd, dość niewiele.

Na dowód, że sprawę tę zapoznawano lub pomijano, wystarczy przytoczyć, że na całą ogromną liczbę autorów, zajmujących się chorobami gardła u dzieci, wspomina o niej zaledwie kilku, jakoto: Filatow, Barthez i Sanné, Szimanowsky. Kilka słów poświęca jej E. Dupré [1]), kreśląc obrazy chorobowe innych spraw zapalnych gardła, wreszcie mówią o niej Sevestre i L. Martin [2]), podając cechy wyróżniające ją od błonicy Löfflerowskiej. Dopiero ostatnimi czasy zajęli się dokładniej tą sprawą Bernheim [3]), Bernheim i Pospiszil [4]), a prawie równocześnie Vincent [5]), Lemoine [6]) wreszcie Abel [7]); przeprowadzili oni cały szereg badań bakteryologicznych, określili szczegółowo stosunek tej sprawy chorobowej do błonicy z jednej, a do zapalenia ust wrzodziejącego z drugiej strony. Cechującą jest tu okoliczność, że wszyscy autorowie, jakkolwiekby się różnili, czy to co do skreślenia obrazu chorobowego, czy też wyniku przedsiębranych badań, zgodnie podnoszą podobieństwo tego cierpienia do błonicy, możliwość i częstość pomyłek rozpoznawczych. W tem też podobieństwie szukać należy przyczyny zapoznania tego cierpienia. Klinicysta stwierdziwszy, czy to na błonie śluzowej gardła, czy też, jak to częściej bywa, na migdałkach, białe, rozpadające się naloty, przy niewielkim obrzęku gruczołów i niepodniesionej ciepłocie, myśli w pierwszym rzędzie o błonicy, a nie badając bakteryologicznie, rozpoznaje błonicę. Wprawdzie niejednokrotnie dalszy przebieg choroby, brak objawów ogólnych, łatwo wpadający w oczy każdemu wprawnemu klinicyście niestosunek między rozległością zmian na błonie śluzowej a stanem ogólnym, cuchnienie z ust, wreszcie w niektórych przypadkach towarzyszące zapalenie ust wrzodliwe skierują rozpoznanie na właściwą drogę; częściej jednak szczegółowe nawet badanie kliniczne nie wystarczy, by się uchronić w pierwszych dniach choroby od pomyłki rozpoznawczej, grożącej poważnemi następstwami dla chorego i jego otoczenia.

Wszelkim pomyłkom zapobiedz może badanie bakteryologiczne, które w sprawach dzięgnowych już przez sam ujemny wynik co do prątków błoniczych, mogłoby rozpoznanie stanowczo rozstrzygnąć, tem bardziej zaś, gdy dzięki ostatnim badaniom mówić możemy, jeśli nie o swoistych drobnoustrojach, to przynajmniej o charakterystycznym, stanowczo rozpoznanie rozstrzygającym obrazie drobnowidowym. Dotychczasowe badania bakteryologiczne odnoszą się wprawdzie w większej części do wrzodliwego zapalenia jamy ustnej *(stomatitis ulcerosa)*, możemy je jednak w zupełności przenieść i na wrzodliwe zapalenie gardła *(angina ulcerosa)*, bo właśnie one stały się tym łącznikiem między spostrzeganą może przedtem, ale nie dość jasną co do pochodzenia, *anginą*, a dobrze każdemu klinicyście znaną *stomatitis*, im zawdzięczamy połączenie tych spraw w jedną etyologicznie wspólną całość.

Dzięgna była od samego początku ery bakteryologicznej przedmiotem częstych badań; począwszy od Pasteura, kusili się różni badacze o wykrycie drobnoustroju, wywołującego tę sprawę chorobową. Za taki uważał Netter wykryty przez siebie krętek *(spirillum)*; to samo znaczenie przypisywało bardzo wielu badaczy obficie w tych przypadkach spotykanym gronkowcom i paciorkowcom. O wiele ściślejsze od poprzednich są badania Frühwalda [1]), dokonane na 11 przypadkach dzięgny *(Stomacace)*, w których badano tak wydzielinę owrzodzeń w preparatach wprost pod drobnowidem, jako też szczepione na agarze i żelatynie hodowle.

[1]) Traité de maladies de l'enfance *Publ. sous la dir. de Grancher, Comby, Marphan.* Tom II. str. 407.

[2]) l. c. T. I. Diphtérie, str. 604—605.

[3]) Centralblatt für Bacteriologie etc. T. XXIII. 5 6.

[4]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XLVI. H. 3. 4.

[5]) Semaine médicale. 1898. Nr. 14.

[6]) Tamże.

[7]) Centralblatt für Bacteriol. XXIV. Nr. 1.

[1]) Jahrbuch f. Kinderheilkunde. XXIX. 72. 1889, str. 200.

Z pomiędzy licznych drobnoustrojów, które w ten sposób wyhodowano, odznaczała się jedna postać krótkich prątków silnem cuchnieniem, a ta własność uprawniała poniekąd w tym razie Frühwalda do przyznania temu prątkowi większej roli. Gdy jednak z opisu samego Frühwalda wynika, że prątek ów ani w preparacie, wprost oglądanym, ani w hodowli, nie miał przewagi nad innymi drobnoustrojami równocześnie się przydarzającymi, gdy nadto zawiodły doświadczenia na zwierzętach, nie można było prątkowi Frühwalda przypisać większego znaczenia, a tem mniej uważać go za wywołującego dzięgnę.

Frühwald nie doszedł więc, mimo ścisłych badań, do właściwych wyników, a stało się to prawdopodobnie dlatego, że większą wagę przykładał do przeszczepień i hodowli, a za mało poświęcił uwagi badaniu wydzieliny i pokładów wrzodów dzięgnowych wprost pod drobnowidem. Tymczasem, jak to z późniejszych prac Bernheima[1]), Bernheima, i Pospiszila i innych wynikło, właśnie ten obraz drobnowidowy jest w tym razie najznamienniejszym: badacze ci uderzeni byli stałością, z jaką właśnie w przyrządzonych tym sposobem preparatach spotykali we wszystkich przypadkach ten sam obraz. A mianowicie w strzępkach pokładu z owrzodzenia dzięgnowego, roztartych między dwoma szkiełkami i zabarwionych czy to roztworem fuchsyny, czy błękitu metylowego, stwierdzali oni przeważnie prątki do błoniczych podobne, jednak zwykle większe i silniej wygięte, na obu końcach trochę zaostrzone; obok tych postać drugą, tj. krętki, (spirochety), znacznie dłuższe, ale cieńsze, śrubowato zwinięte, gorzej się barwiące Oba rodzaje znajdują się zawsze, chociaż w różnym stosunku ilościowym do siebie (zwykle przeważa prątek); oba rodzaje posiadają własne ruchy. Wszystko to stwierdzili Bernheim i Pospiszil, tak w wrzodliwem zapaleniu ust *(stomatitis ulcerosa)*, jak też w towarzyszącem mu w niektórych przypadkach wrzodliwem zapaleniu gardła *(angina ulcerosa)*. Co do znaczenia tych drobnoustrojów dla sprawy chorobowej, to chcąc odpowiedzieć postulatom postawionym przez Kocha, należałoby przedewszystkiem wyhodować i wyosobnić te drobnoustroje. Usiłowania wymienionych autorów pod tym względem spełzły na niczem, próby przeszczepienia i wyhodowania tych drobnoustrojów nie udały się w zupełności. Mimo to jednak nie wahają się Bernheim i Pospiszil, oparci na stałości stwierdzonego obrazu i na ilości spotykanych drobnoustrojów w ogniskach chorobowych, przypisać im pewną rolę w wywoływaniu tej choroby, tem bardziej, gdy stwierdzili, że po ustąpieniu sprawy chorobowej ilość tych drobnoustrojów w jamie ust znacznie się zmniejsza, że w warunkach prawidłowych spotyka się je bardzo rzadko.

Tak przedstawiają się w krótkości wyniki badań nad wrzodliwem zapaleniem ust. Zadać sobie musimy pytanie, jak się pod tym względem zachowują przypadki, w których zajęte są tą sprawą chorobową migdałki? Jeśli istnieje wrzodliwe zapalenie gardła *(angina ulcerosa)*, jako sprawa identyczna z wrzodliwem zapaleniem ust *(stomatitis ulcerosa)*, to wynik badania bakteryologicznego powinien być zgodny z tamtym.

Zaznaczyłem już powyżej, że pierwotne badania Bernheima i Pospiszila dokonane były w części na przypadkach, w których zajęte były także migdałki tak, że już same badania tych autorów wystarczyłyby do stwierdzenia istnienia wrzodliwego zapalenia gardła, jeżeli przez tę nazwę rozumieć będziemy sprawę etyologicznie identyczną z wrzodliwem zapaleniem ust. Badania powyższych autorów zyskały jednak znacznie na wartości, gdy ogłosili swoje spostrzeżenia klinicyści francuscy.

[1]) l. c.

W kilka tygodni po ukazaniu się pracy Bernheima, prawdopodobnie niezależnie od niej, przedstawił Vincent[1]) w paryzkiem *Societe méd. des Hop.* wyniki swych badań nad pewną postacią *Angine diphteroïde*, cechującą się klinicznie owrzodzeniem, zwykle na jednym migdałku, obrzękiem gruczołów, cuchnieniem, pomyślnem zejściem. Rozpoznanie i odróżnienie od błonicy możliwe, zdaniem Vincenta, tylko za pomocą badania drobnowidowego, którego wynik jest aż do najdrobniejszych szczegółów zgodnym z wynikiem, otrzymanym przez Bernheima w wrzodliwem zapaleniu ust. Na tem samem posiedzeniu przedstawił też Lemoine[2]) swoich 5 przypadków z tym samym wynikiem badania drobnowidowego i z temi samemi własnościami w przebiegu klinicznym, nazywając samą sprawę *Angine ulceromembraneuse*.

Jakkolwiek żaden z tych badaczy nie wspomina o wynikach badań Bernheima, ani też o pokrewieństwie tych, opisywanych przez siebie zmian na migdałkach, z dzięgną, to przecież, tak z opisu klinicznego, jako też z identyczności obrazu mikroskopowego wynika, że owa *Angine diphteroïde* Vincenta i *Angine ulceromembraneuse* Lemoina niczem się nie różnią od opisanej przez Bernheima *angina ulcerosa*. Zgodne z powyższemi są też spostrzeżenia Abla[3]).

Śledząc za literaturą tego przedmiotu dochodzimy do przekonania, że nawet wcześniej znaliśmy bakteryologię zapalenia gardła wrzodliwego, niż zapalenia ust tej samej przyrody. A mianowicie, w swoich badaniach bakteryologicznych nad błonicą i innemi sprawami zapalnemi gardła zauważył Plaut[4]) jeszcze w r. 1894 pewne postacie odmienne przebiegiem od zwykłej błonicy pierwotnej, a obrazem mikroskopowym odpowiadające właśnie obrazowi znamiennemu dla spraw dzięgnowych. Plaut opisuje szczegółowo jeden taki przypadek, w którym, prawdopodobnie na podstawie klinicznego badania, a więc wejrzenia owrzodzeń i cuchnienia, rozpoznano *diphteria septica*, a w którym badanie bakteryologiczne nie wykazało prątków Löfflera, badaniem zaś drobnowidowem pokładów stwierdzono obecność krętków. W przypadku tym w ciągu kilku dni nastąpiło zupełne wyleczenie. Plaut przypisuje wywołanie tej choroby spostrzeganym przez się krętkom, samą postać chorobową oddziela od tej postaci w której bierze udział prątek Löfflera, ale nie znając jeszcze wówczas bakteryologii wrzodliwego zapalenia ust, nie przydziela jej do gromady spraw dzięgnowych, chociaż, jak to dzisiaj widzimy, niewątpliwie miał on do czynienia z wrzodliwem zapaleniem gardła.

Zapytać nam teraz należy, jaki jest przebieg kliniczny wrzodziejącego zapalenia gardła, czy istnieje i tu równoległość między tem cierpieniem a pokrewnem mu zapaleniem jamy ustnej? Z opisu autorów, którzy to cierpienie spostrze-

[1]) Semaine medicale 1898. Nr. 14. Str. 109. i Ciechanowski Listy z Paryża. Przegląd lek. Nr. 25. 1898.

[2]) ibidem.

[3]) Abel: Zur Bacteriologie der Stomatitis und Angina ulcerosa Centrbl. für Bact. XXIV. Z. 1.

[4]) Plaut H Studien zur bacteriellen Diagnostik der Diphterie und der Anginen. (Deutsche med. Wochenschr. 1894. Nr. 49).

gali, wynika, że wrzodliwe zapalenie gardła, choćdy samoistne, zachowuje najważniejsze cechy przebiegu wrzodliwego zapalenia ust, a więc: pojawia się najczęściej u dzieci źle odżywionych, niedokrewnych, zołzowatych, krzywiczych lub dotkniętych cherą zimniczą; pojawia się nagle, gdyż najczęściej po 2—3 dniowej nie wysokiej gorączce, nieznacznym bólu gardła, stwierdzić już możemy owrzodzenia, a równocześnie z tem cuchnienie z ust, ślinienie i obrzęki gruczołów szyjnych. Po 8—10 dniach trwania szybkie ustąpienie zmian w gardle i powrót do zdrowia. Zmiany miejscowe zachowują i tutaj znamionujący dzięgnę charakter wrzodziejący: na błonie śluzowej gardła a najczęściej na migdałkach, przedstawiają się, jako mniej lub więcej głębokie owrzodzenia, o dnie brudno-zielonawo-szarem, o brzegach naciekłych, czasami podminowanych, łatwo krwawiących, przy równoczesnem znacznem przekrwieniu błony śluzowej w okolicy. Do tego opisu dodać należy brak zaburzeń t. zw. ogólnych, brak objawów ze strony nerek.

(Dokończenie nastąpi).

II. **Z kliniki lekarskiej Prof. Dra Gluzińskiego we Lwowie.**

Leczenie rwy kulszowej (ischias) zewnętrznem stósowaniem kwasu solnego.

Napisał

Dr. Stanisław Eljasz-Radzikowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 45).

Poniżej podaję w krótkości przypadki leczone w klinice sposobem wyżej opisanym. Oprócz zwykłej rwy nerwobólowej, świeżej i zastarzałej, znajdują się tutaj przypadki rwy zapalnej i rwy ze skrzywieniem stosu, które również nadają się, jak widać, do tego leczenia.

Przypadki cięższe, gdzie chód jest utrudniony lub zgoła niemożliwy, oczywiście mogą być tylko leczone w klinice stałej, zaś lżejsze przypadki nadają się do postępowania takiego samego w klinice przychodniej, czyli poliklinice.

Każdy przypadek zestawiony w krótkości z zebraniem możliwie zwięzłym sposobem wywiadów (1), stanu obecnego (2) i leczenia (3).

W rozpoznaniu zostawiłem ogólną nazwę rwy — ischias, ponieważ jest to właściwe pojęcie chorobowe, zaś w dalszym ciągu, na drugiem miejscu, dodałem określenie: nerwobólowa (to jest właściwy nerwoból kulszowy) lub zapalna (czyli zapalenie nerwu kulszowego).

Obok rozpoznania uwzględniłem umiejscowienie nerwobólu (forma:), ponieważ może istnieć rwa kulszowa nawet bez żadnej bolesności w nerwie, więc bez „miejsc bolesnych", albo z bolesnością tylko w jednej gałązce nerwowej, n. p. samego nerwu łydkowego (n. suralis), czy też nerwu strzałkowego (n. peronaeus).

Przypadki, w których próbowaliśmy leczenia kwasem solnym, należą wszystkie, jak wspomniałem na początku, do rwy przyrody gośćcowej. Mogą się jednak zbiedz dwie przyczyny naraz, więc obok tła gośćcowego jeszcze inna podstawa etyologiczna.

Nawet w tych przypadkach, które mogą mieć inne tło, podają chorzy za powód przeziębienie. Jeden przypadek (VII) z poniżej zebranych wyraźnie odnieść należy w etyologii do urazu *(ischias traumatica, mechanica)*, choć obok tego istniała skłonność do bólów gośćcowych, co jednak przecież nieraz dołącza się po urazie. Inny przypadek (X) pozwala przypuścić w etyologii podkład, usłany przez przewlekłe zatrucie wyskokowe *(ischias alcoholica, toxica)*.

Stan czucia bólu podałem w krótkości w każdym przypadku. Jest to zresztą bardzo zajmujący poboczny objaw rwy, który i dla ocenienia wyniku leczenia ma wartość. Ogólnie biorąc, rwa, trwająca dłużej objawia się w zakresie czucia skórnego obniżeniem jego, więc czucie bólu okaże się, jako tak zwana niedoczułość bólowa *(hypalgesia)*. W rwie świeżej bywa zazwyczaj nadczułość dotykowa i ma się rozumieć bólowa. Ciekawe te objawy oczywiście nie dadzą się w ten sposób zbyć szematycznie, ale najogólniej biorąc, tak się zachowuje czułość skórna [1]). W miarę smarowań kwasem solnym niedoczułość ustępuje wyraźnie, co jest równocześnie znakiem polepszenia w stanie samej rwy. Ten odwrotny stosunek zachowania się czucia do stanu rwy jest stały i zawsze można uważać, że smarowanie obiecuje rychły skutek, gdy chory podaje, jako już czuje dzisiaj palenie podczas smarowania w miejscu, gdzie go przedtem wcale nie zauważył.

Miejsca pacierzowe *(points apophysaires, Trousseau)*, przeciw którym występuje Romberg [2]), również wyszukiwałem w każdym przypadku. Jednak należy je brać bardzo ostrożnie, bo nieraz może być po prostu rozpromienienie bólu w nerwach skórnych, a nie bolesność samych kręgów.

Tak jak nieraz jedynym dowodem rwy jest objaw naciągania — (*Ischias-phaenomen, Oppenheim)* — tak też stanowi on wyborny probierz skuteczności leczenia rwy. Jeżeli go nie można wywołać, rwa jest uleczona. Tem należy się kierować i takie zachowanie się owego objawu wystąpiło we wszystkich przypadkach, leczonych w klinice smarowaniami kwasem solnym.

Następujące przypadki rwy w liczbie 12 ułożyłem w porządku wstępującym coraz cięższej rwy. Idą więc naprzód przypadki rwy nerwobólowej (9), dalej rwy zapalnej (1), w końcu rwy zapalnej ze skrzywieniem (2).

I. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica, suralis et peronaea), neuralgia cruralis dextra. Klinika przychodnia. 14—18/3 1898.

Maksymilian F., lat 46, kupiec we Lwowie, wyzn mojż.

1) Od 4 tygodni rwa prawostronna z bardzo silnymi bólami, po zaziębieniu w zimnym sklepie, gdzie chory siedzi cały dzień.

2) Dobrze zbudowany, otyły. Narządy wewnętrzne prawidłowe, Miejsca bolesne na pośladku, w dole kolanowym, na łydce około kostki zewnętrznej. Prócz tego nerwoból udowy na tejże kończynie. Stos pacierzowy nigdzie nie bolesny.

Nadczułość bólowa nieznaczna na kończynie chorej.

3) Pomazań zastósowano 4, a z początku zażywał chory równocześnie wewnętrznie *Natr. salicyl + Phenacetin.*

Po 1 smarowaniu ulga, po 2 bardzo wybitne zwolnienie obja-

---

[1]) Dzisiaj jest to już rzecz nie nowa, owe zaburzenia w czuciu w przebiegu rwy i nie są wcale składane na karb histeryi

(Nothnagel. *Schmerz und cutane Sensibilitätsstörungen. Virchow's Archiv* 1872. Bd. 54. str. 121).

[2]) Bernhardt. *Die Erkrankungen der peripherischen Nerven.* 1887. II Theil, str. 206.

wów podmiotowych i przedmiotowych, a po 4 posmarowaniu zupełne wyleczenie.

II. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica et peronaea). Klinika przychodnia. 13—14/2 1898.

Freila F., lat 24, żona stolarza z Tarnopola, wyznania mojżeszowego.

1—2) Od 5 miesięcy rwa prawostronna. Chód upośledzony.

Rozpromienienie bólu po wszystkich nerwach prawej połowy ciała.

3) Jednorazowe pomazanie kwasem solnym i opatrunek z waty. Nazajutrz nadzwyczajna ulga tak, że chora nie chce zostać dla dalszego leczenia i wraca do domu.

III. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica). Klinika przychodnia. 22/6—26/6 1898.

Jakób J., lat 50, pośrednik do małżeństw z Borysławia, wyzn. mojżeszowego.

1) Od 4 miesięcy po zaziębieniu rwa prawostronna, bóle przy chodzeniu w nodze i w krzyżach tak, że prawie niemoże chodzić.

2) Dobrze zbudowany i odżywiony. Na skórze porost włosów silny, a na kończynach dolnych i pośladkach tak obfity, że wygląda jak faun kosmaty. Według wywiadów przyczyną rwy ma być przeziębienie. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Miejsca bolesne tylko u wyjścia nerwu kulszowego prawego. Niestosunek pomiędzy objawami bólów napadowych, które mają być znaczne, a wynikiem badania miejsc bolesnych, które tylko do małej ograniczone przestrzeni. Objaw naciągania nie zbyt wybitny, ale oprócz w nerwie także i w stosie pacierzowym występuje podczas przywodzenia kończyny chorej. Niedoczułość bólowa na całej kończynie chorej i na pośladku po tejże stronie. Odruchy kolanowe nieco wygórowane, bardziej po stronie chorej.

3) Pierwszego smarowania chory prawie nie czuł.

Wyraźna ulga po dwu smarowaniach, mianowicie bóle napadowe ustąpiły. Po 3 smarowaniu już objawu naciągania zupełnie nie ma, bolesność tylko na pośladku w miejscu wyjścia nerwu, lecz o wiele mniejsza, a po 4 smarowaniu żadnej bolesności, ani przy ucisku, ani przy chodzeniu.

IV. Ischias neuralgica sinistra (forma: ischiadica). Klinika przychodnia. 30/6—4/7 1898.

Jan K., lat 30, służący we Lwowie, wyzn. rz. kat.

1) Od 3 miesięcy rwa lewostronna, chód męczący, bóle napadowe, zwłaszcza po utrudzeniu się chodzeniem.

2) Średnio zbudowany, licho odżywiony. Cierpi na przewlekły nieżyt oskrzelowy. Miejsca bolesne wzdłuż nerwu kulszowego lewego, aż do dołu kolanowego. Przy ucisku na nerw w dole kolanowym ból powstaje w górę nerwu kulszowego, zaś w dół wcale nie idzie. Kość krzyżowa i ogonowa bolesna, jako też i cały pośladek lewy. Objaw naciągania dosyć wybitny tylko w samym nerwie kulszowym. Niedoczułość bólowa na kończynie chorej większa na udzie niż na podudziu, choć i tutaj da się wykazać.

3) Podczas 4 dni posmarowano 4 razy. Już po pierwszem pomazaniu kwasem ulga widoczna, chód swobodniejszy, czucie również lepsze. Po 2 smarowaniu wystąpiło rozpromienienie bólu na pośladku lewym, tam gdzie dotąd nigdy bólu nie było. Wszystkie objawy poprzednie mniejsze. Po czterech smarowaniach bóle zupełnie ustąpiły, również objawu naciągania nie można wywołać.

V. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica et peronaea) Klinika przychodnia. 30/6—4/7 1898.

Izrael L., lat 55, wiernik z Twierdzy (pow. Mościcki), wyznania mojżeszowego.

1) Od pół roku rwa prawostronna, od 2 tygodni leży w łóżku, dotychczasowe leczenie kąpielami i proszkami na wewnątrz nie pomagało. Znaczne bóle napadowe.

2) Średnio zbudowany i odżywiony. Nieznaczne powiększenie śledziony. Miejsca bolesne wzdłuż przebiegu nerwu kulszowego prawego, aż do kostki zewnętrznej. Miejsca pacierzowe w ostatnich dwu kręgach lędźwiowych, kość krzyżowa i kość ogonowa bolesne. Objaw naciągania bardzo wybitny; ból podczas przywodzenia kończyny w samym nerwie kulszowym, zaś brak bólu w stosie pacierzowym. Niedoczułość bólowa na całej kończynie prawej.

3) W ciągu 4 dni smarowano 4 razy. Po pierwszem pomazaniu wyraźna ulga, mianowicie chód swobodniejszy. Objaw naciągania jeszcze wybitny, czucie bólu lepsze. Po 3 posmarowaniu przy badaniu czwartego dnia bóle napadowe zupełnie ustały, tylko jeszcze bolesność po dłuższem chodzeniu, a przy badaniu uciskiem bolesność pośladka. Po 4 posmarowaniu objaw naciągania nie da się wywołać, żadnych bólów, ani napadowych, ani przy ucisku. Jedynie pozostało jeszcze znużenie kończyny i uczucie, jakby noga, jak się chory wyraża, była „zaspana“.

VI. Ischias neuralgica sinistra (forma: ischiadica). Klinika przychodnia, 1/7—4/7 1898.

Aleksander R., lat 29, malarz we Lwowie, wyznania mojżeszowego.

1) Od 2 miesięcy rwa lewostronna, od dwu tygodni leży. Bóle dosyć przykre. Przyczyną mają być przeciągi, na jakie się chory naraża.

2) Średnio zbudowany i odżywiony, bez zboczeń w narządach wewnętrznych. Miejsca bolesne w przebiegu nerwu kulszowego lewego, aż do dołu kolanowego. Na stosie pacierzowym niema bolesności. Objaw naciągania bardzo wybitny, ból powstaje w samym nerwie, oraz w pacierzu. Przywodzenie zdrowej kończyny drugiej nie daje żadnego odczynu. Niedoczułość bólowa na całej kończynie chorej.

3) Po trzech smarowaniach ustąpiły bóle napadowe, tak samo objaw naciągania, oraz przy ucisku nie można nigdzie znaleźć bolesności.

Razem smarowań 3 w ciągu 4 dni.

VII. Ischias neuralgica dextra (forma: peronaea) post trauma. Klinika stała 2/5—22/5 1898.

Filomena J., lat 46, żona nauczyciela w Krasnem, wyznania gr. katolickiego.

1) Przed 8 miesiącami upadła i doznała wybicia (distorsio) w stawie skokowym prawym. Przed 4 miesiącami wystąpiła rwa i to bóle największe około kostki zewnętrznej i na łydce.

2) Średnio zbudowana, dobrze odżywiona. Miejsca bolesne w przebiegu nerwu kulszowego, najwięcej około kostki zewnętrznej. Miejsca pacierzowe na ostatnich kręgach lędźwiowych. Nadczułość dotykowa i bólowa na całej kończynie chorej. Upośledzenie w chodzie. Kostka zewnętrzna obrzękła, bolesna (w miejscu wybicia stawu).

3) Pobyt w klinice 20 dni, a przez ten czas 10 pomazań. Po 7 razie jeszcze pojawiło się rozpromienienie bólu w okolicy dotąd nigdy nie bolejącej, t. j. koło krętarza. Po 8 razie znaczna ulga, a po 10 zupełne ustąpienie rwy i dopiero teraz zaczyna chora odczuwać pieczenie po smarowaniu.

W tym przypadku odnieść należy wystąpienie rwy do poprzedniego urazu, mianowicie owego wspomnianego wybicia w stawie skokowym. To też polecono chorej w dalszym ciągu w domu wziąć się do leczenia następstw tego wybicia kąpielami, miesieniem i wcieraniem maści jodowej, aby się zabezpieczyć przed nawrotem rwy.

VIII. Ischias neuralgica dextra (forma: ischiadica, suralis et peronaea). Klinika stała, 29/3—5/4 i 19/4—26/4 1898.

Józef S., lat 62, strażnik propinacyjny ze Złoczowa, wyznania mojżeszowego.

1) Od 2 miesięcy rwa prawostronna, bóle silne napadowe, chód utrudniony.

2) Dobrze zbudowany i odżywiony, bez zboczeń w narządach wewnętrznych. Miejsca bolesne najwięcej w dole kolanowym na łydce i około kostki zewnętrznej, mniej na pośladku. Miejsca pacierzowe na ostatnich kręgach lędźwiowych. Niedoczułość bólowa na kończynie chorej. Bóle napadowe znacznego stopnia.

3) Podczas pobytu w klinice przez dni 8 smarowany był 5 razy. Po 1 pomazaniu ulga, po następnych coraz większa, a po 5 pomazaniu znaczna poprawa, rwa prawie ustąpiła, utrzymuje się jedynie ból niewielki około kostki zewnętrznej. Chory był zmuszony wrócić do domu, więc przerwał leczenie, poczem po 2 tygodniach znowu się zgłosił i był leczony tym razem przez 7 dni i 5 razy smarowany. Opuścił klinikę w stanie zupełnie dobrym, chód swobodny, brak bólów. Wewnętrznie brał na bóle z początku leczenia: *Natrium salicyl.* + *Phenacetin.*

IX. Ischias neuralgica ambilateralis[1]) (forma ischiadica suralis et peronaea). Klinika stała, 3/5—12/5 1898.

Semko K., lat 40, szewc z Uhnowa, wyzn. gr. kat.

1) Od 2 miesięcy rwa obustronna, większa po stronie prawej. Od 3 tygodni leży stale w łóżku.

2) Budowa średnia, odżywienie nieszczególne. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Miejsca bolesne na obu kończynach dolnych, więcej na prawej, znachodzą się na pośladkach, w dołach kolanowych, na łydkach i koło kostek zewnętrznych. Objaw naciągania bardzo wyraźny i obustronny. Miejsc pacierzowych niema, bolesna jest tylko kość ogonowa. Niedoczulość dotykowa i bólowa na obu kończynach dolnych i to w większym stopniu na bardziej dotkniętej prawej, dalej w większym stopniu na podudziach niż na udach. Odruchy kolanowe wygórowane.

3) Przez 9 dni pobytu w klinice pomazany 6 razy. Dopiero po 3 posmarowaniu widoczna ulga. Po 6 smarowaniu brak objawów podmiotowych i przedmiotowych rwy, objaw naciągania zupełnie ustąpił. Wewnętrznie brał chory *Salipyrinę*.

X. Ischias neuritica sinistra (forma: ischiadica peronaea et suralis). Klinika przychodnia, 17/6—21/6 1893.

Franciszek R., lat 54, oficyalista prywatny we Lwowie, wyzn rz. katolickiego.

1) Od 3 miesięcy rwa lewostronna, od razu silnie wystąpiła, już pierwszy miesiąc musiał leżeć, potem chodził, ale z wielką trudnością. Bóle przy chodzeniu i napadowe, zwłaszcza w nocy, bardzo silne. Dawniej cierpiał na postrzał (lumbago) po tejże stronie. Używał rozmaitych sposobów leczenia na rwę (okłady gorące, kąpiele siarczane, prąd stały, KJ. wewnętrznie itd.), jednak bez skutku.

2) Zbudowany średnio, odżywiony licho, mięśnie wiotkie. Nos mięsisty, naczynia włosowate na nosie i twarzy porozszerzane (przyznaje się, że nie gardził puharem). W płucach objawy rozedmy i nieżytu oskrzelowego. Miejsca bolesne wzdłuż całego nerwu kulszowego lewego, aż do łydki. W ostatnich dwu kręgach lędźwiowych i na kości krzyżowej bolesność przy ucisku, a równocześnie występuje ból aż do łydki idący „prętem". Cała kończyna lewa chudsza, mięśnie bardziej wiotkie, niż na drugiej kończynie zdrowej. Objaw naciągania bardzo wybitny, nietylko przy przywodzeniu chorej kończyny ból w pacierzu i w nerwie, ale również podczas przywodzenia drugiej zdrowej kończynie ból w stosie pacierzowym. Na całej kończynie chorej i na pośladku niedoczulość bólowa.

3) Po pierwszem smarowaniu ulga wyraźna. Bólów napadowych w nocy nie było; noga w całości „rzeźwiejsza". Po 3 smarowaniach bóle napadowe zupełnie ustały. Po chodzeniu dłuższem pojawia się jeszcze ból, ale o połowę mniejszy, jak powiada chory. Objaw naciągania słabszy. Po 4 smarowaniach zaczyna chory odczuwać pieczenie na łydce, gdzie przedtem podczas smarowania prawie nic nie czuł. Z powodu znacznego odczynu na skórze przerwa w smarowaniach. W następnych dniach kąpiele ciepłe, wewnętrznie salicylan sodowy, na nadżerki maść cynkowa. Zupełne ustąpienie bólów wszelkich, brak także objawu naciągania. Z powodu złego odżywienia skóry (przewlekłe zatrucie wyskokiem) nadżerki opierają się leczeniu gojącemi maściami i dla dokończenia leczenia chory został przyjęty do kliniki stałej. Przypadek ten wskazuje: że złe odżywienie skóry stanowić może przeciwskazanie do smarowań, przynajmniej względne, dalej, że w takim razie należy leczyć chorego już nie w poliklinice, lecz w klinice stałej, to jest, że chory winien stale leżeć. Chory ten prócz tego nie zachowywał się odpowiednio, odbywał w przerwach pomiędzy smarowaniami dłuższe podróże koleją i wózkiem i dużo chodził. Pomimo to jednak leczenie kwasem co do samej rwy wydało wynik bardzo dobry, przedłużyło tylko gojenie nadżerek na skórze.

Podczas 5 dni zastosowano 4 smarowania.

XI. Ischias neuritica sinistra (forma: ischiadica, suralis, peronaea, et plantaris), scoliosis homologica. Klinika stała, 19/2—25/3 1898.

Piotr S., lat 36, dozorca więzienny we Lwowie, wyznania rz. kat.

1) Od 6 miesięcy rwa lewostronna, od 3 miesięcy skrzywienie stosu pacierzowego i od tego też czasu leży w łóżku. Choroba ma być z przeziębienia.

2) Silnie zbudowany i dobrze odżywiony. Narządy wewnętrzne prawidłowe. Miejsca bolesne wzdłuż całego przebiegu nerwu kulszowego lewego (na pośladku, w dole kolanowym, na łydce, koło kostki zewnętrznej i na podeszwie). Objaw naciągania wyraźny, podczas przywodzenia kończyny chorej do brzucha ból na pośladku i w stosie pacierzowym, to samo z drugą kończyną sprowadza ból jedynie w stosie. Miejsca pacierzowe na kręgach lędźwiowych. Bolesna też kość krzyżowa i kość ogonowa. Niepoczulość bólowa na kończynie chorej, oraz w całej lewej połowie ciała. Odruch kolanowy lewy słabszy, niż prawy; w stawie kolanowym i biodrowym lewym małe zesztywnienie. Z objawów ruchowych: znaczne upośledzenie chodu, drżenie kończyny; z wydzielniczych: pocenie się całego ciała, zwłaszcza lewej połowy; z odżywczych: wychudnienie wyraźne całej kończyny chorej. Skrzywienie się stosu pacierzowego w części lędźwiowej ku stronie chorej, czyli skrzywienie boczne jednoimienne (scoliosis homologica) II stopnia, to jest nie wyrównujące się w zupełności po zawieszeniu chorego. Bóle napadowe znaczne w nocy i we dnie.

3) Pobyt w klinice dni 35, a wśród tego pomazań kwasem solnym 10. Już po 1 pomazaniu wyraźna ulga podmiotowa, oraz silny odczyn na skórze. Po 3 pomazaniu bóle napadowe samoistne ustały, tylko występują przy chodzeniu i po zziębnięciu kończyny. Stos pacierzowy zupełnie nie bolesny przy ucisku. Po 5 pomazaniu żadnej bolesności nawet przy najsilniejszym ucisku w przebiegu nerwu kulszowego. Po 6 pomazaniu pokazało się rozpromienienie bólu w postaci nerwobólu międzyżebrowego nerwów XI i XII po tejże stronie lewej, które potem ustało po 4 dniach. Oprócz pomazywań zawieszania na przyrządzie Charcot-Moczutkowskiego dla wyrównania skrzywienia. Wewnętrznie: *Chinin. m.* + *Natr. salicyl.* w czasie bólów napadowych. Kąpiele ciepłe. Chory opuścił klinikę bez żadnych objawów przedmiotowych i podmiotowych rwy, lecz z małym jeszcze stopniem skrzywienia.

XII. Ischias neuritica sinistra (forma: ischiadica, peronaea et suralis), scoliosis homologica. Klinika stała, 7/3 do 0/3 1898.

Józef R., lat 46, roznosiciel telegramów we Lwowie, wyzn. rz. katolickiego.

1) Od 2 miesięcy rwa lewostronna, z powodu narażania się ustawicznego na wpływy powietrzne.

2) Średnio zbudowany i licho odżywiony. Narządy wewnętrzne, oprócz nieżytu oskrzelowego przewlekłego zmian nie okazują. Miejsca bolesne przedewszystkiem na łydce i około kostki zewnętrznej. Objaw naciągania wyraźny na kończynie chorej, przyczem ból w nerwie kulszowym na pośladku; druga kończyna przywodzona bez żadnego bólu. Miejsc pacierzowych brak zupełny. Nadczulość bólowa na kończynie chorej, zresztą innych zmian w czuciu niema. Odruch kolanowy lewy większy, niż prawy. Upośledzenie chodu, chory dłużej stać ani chodzić nie może, bo występuje ból znaczny w łydce i kończyna drży. Cała kończyna lewa wychudła. Skrzywienie stosu pacierzowego w części lędźwiowej ku stronie chorej I stopnia. Bóle napadowe częste i silne.

3) Pobyt w klinice dni 23; podczas tego pomazań kwasem 11. Po 1 smarowaniu ulga podmiotowa, bóle napadowe nie powtarzają się, tylko bóle po chodzeniu lub staniu dłuższem. Z powodu nadczulości bólowej smarowanie sprawia silne pieczenie. Po trzech pomazaniach przerwa dla uspokojenia rozdrażnionej skóry. Wówczas po sześciu dniach od rozpoczęcia leczenia na nowo bóle napadowe wróciły. Po 6 posmarowaniu bóle napadowe zupełnie ustąpiły, jeszcze bolesność przy ucisku na nerw kulszowy pozostała. Po 11 posmarowaniu bolesność przy ucisku już nigdzie nie da się wykazać. Chory ma chód o wiele swobodniejszy, również stać może długo bez utrudnienia. Skrzywienia stosu prawie nie widać. Prócz stosowania kwasu solnego brał chory kąpiele ciepłe, oraz wewnętrznie w czasie bólów napadowych salipyrinę. Chory opuścił klinikę po 11 smarowaniach, a po 23 dniach pobytu, następnie przedstawiał się co kilka dni jako chory przychodni i wówczas można było stwierdzić rozpromienienie bólu w postaci nerwobólu udowego (neuralgia cruralis) na tejże kończynie lewej które jednak było bardzo nieznaczne i niebawem ustąpiło. Zresztą stan dobry, dosyć powiedzieć, że może się oddawać zajęciom uciążliwym roznoszenia telegramów.

Zbierając wyniki spostrzeżeń wszystkich przerzeczonych 12 przypadków rwy, można ułożyć następujące zestawienie, które w krótkości da obraz nasilenia rwy, jej ro-

[1]) Obustronna rwa należy do rzadkości. Czy nie należy w tym przypadku winić zajęcia chorego? Szewc siedzi cały Boży dzień skurczony na zydelku jak w rondelku, i uciska sobie w sam raz oba nerwy kulszowe.

dzaju, długości trwania, przyczyny możliwej, oraz czasu i skutku leczenia.

Na zasadzie powyższych przypadków można nabyć przekonania, że:

a) pomazywanie kwasem solnym zgęszczonym jest środkiem odpowiednim i bardzo skutecznym w rwie;

b) każda rwa, czy to nerwobólowa, czy zapalna, nawet połączona ze skrzywieniem stosu pacierzowego, nadaje się do tego leczenia;

c) lżejsze przypadki rwy można leczyć ze skutkiem w poliklinice, cięższe wymagają leczenia w klinice, czyli, że w tych przypadkach chory winien leżeć stale w łóżku;

d) czas leczenia wynosił od 4—35 dni, ulga zazwyczaj występowała już po pierwszem smarowaniu, a wyleczenie rwy nawet ciężkiej po 4—10, 11 pomazywaniach kwasem solnym, skutek zaś bywał trwały;

e) w podanych dwunastu przypadkach działanie lecznicze smarowań kwasem solnym było bardzo dobre, dalsze doświadczenie pokaże wartość tego sposobu bądź co bądź zachęcającego do stósowania.

		mężczyzna kobieta	trwa miesięcy, tygodni	ledy — mies., tyg.	przyczyna	leczony w klinice, po liklinice	dni	smarowań	Skutek
I	I. neuralgica d.	m.	4 t.	—	zaziębienie	p.	4	4	wyleczenie
II	I. neuralgica d.	k.	5 m.	—	?	p.	2	1	znaczna poprawa
III	I. neuralgica d.	m.	4 m.	—	zaziębl.	p.	4	4	wyleczenie
IV	I. neuralgica s.	m.	3 m.	—	?	p.	4	4	"
V	I. neuralgica d.	m.	6 m.	2 t.	zaziębl.	p.	5	4	"
VI	I. neuralgica s	m.	2 m.	2 t.	zaziębl.	p.	4	3	"
VII	I. neuralgica d.	k.	4 m.	—	uraz	k.	20	10	"
VIII	I. neuralgica d.	m.	2 m.	—	?	k.	8+7	5+5	"
IX	I. neuralgica ambilat.	m.	2 m.	3 t.	uraz	k.	9	6	"
X	I. neuritica s.	m.	3 m.	—	zaziębl. i zatrucie	p.	4	4	"
XI	I. neuritica s. scoliosis	m.	6 m.	3 m.	wysk ? zaziębl.	k.	35	10	"
XII	I. neuritica s. scoliosis	m.	2 m.	—	zaziębl.	k.	23	11	"

W końcu winienem wyrazić żywą wdzięczność JP. Prof. Dr. Gluzińskiemu za pozwolenie korzystania z materyału klinicznego i za pomoc i poparcie w pracy.

III. Badanie krwi i jego praktyczne zastósowanie w rozpoznawaniu i rokowaniu stanów chorobowych.

Podał

Dr. Walenty Jeż.

(Ciąg dalszy).

Wróćmy do ciałek czerwonych krwi. Jak wyżej powiedzielismy, są to krążki barwy zielonkawo-żółtej, bez jądra, z zagłębieniem w środku, wynoszące 7—9 μ. w średnicy. W stanach patologicznych, a mianowicie w bezkrwistości, obok ciałek o wielkości prawidłowej, spotykamy ciałka małe, zaledwie 2 μ. wynoszące, t. zw. mikrocyty, obok ciałek dużych, t zw. olbrzymich, — megalocyty, do 14 μ w średnicy wynoszących. W przypadkach ciężkiej niedokrewności ciałka te (mikro i megalocyty) znachodzą się w znacznej ilości i już na pierwszy rzut oka widać, że ciałka czerwone co do swej wielkości zachowują się nadzwyczaj rozmaicie. Nadto w przypadkach takich, zamiast krążków okrągłych, spotykamy ciałka czerwone z wypustkami w postaci n. p. gruszek, młotków, kowadełek i t. d., przyczem wypustki mogą okazywać mniejszą lub większą ruchomość. Są to tak zwane poikilocyty, które co do swojej wielkości rozmaicie wyglądają — od małych aż do t. zw. olbrzymich poikilocytów. Zmiany te świadczą o ciężkiem schorzeniu krwi, są wyrazem zwyrodnienia ciałek czerwonych. Zazwyczaj i barwa pojedyńczych krążków krwi jest w tych przypadkach więcej blada, jasno zielonkowata. Często też spotykamy nadto twory niezupełnie okrągłe, słabo bardzo zabarwione, prawie że przeźroczyste, małe, nieregularne, o rozmaitych postaciach, twory, będące wyrazem rozpadu ciałek czerwonych. Już w prawidłowej krwi spotkać się można z temi komórkami, ilość ich jednak jest nie wielka, w niedokrewności natomiast, prawie że w każdem polu widzenia spotykamy kilka do kilkunastu takich komórek.

Ciałka białe krwi, czyli leukocyty, przedstawiają się w preparatach krwi świeżej jako twory okrągłe, matowoprzeźroczyste, o protoplazmie często ziarnistej. Niekiedy kształty ich są eliptyczne, a ziarnina niejednakowej grubości. Ilość ich we krwi prawidłowej nie wielka, (zazwyczaj jedno ciałko białe przypada na 450—650 ciałek czerwonych) tak, że przesuwając preparat znajdziemy jedno ciałko białe, i to nie w każdem polu widzenia. Rzadko zdołamy je rozróżnić co do jakości tak, że tylko ciałka eozynochłonnej skutkiem swej grubej ziarniny nadzwyczaj silnie światło łamiącej, tu i owdzie odróżnić się dadzą. Różnice więc, co do jakości ciałek białych, uwydatniają się wyraźnie w preparatach barwionych i tam też omówione będą.

Natomiast już w świeżej krwi spostrzedz możemy, że ilość ciałek białych jest zwiększoną, czy to w postaci tak zwanej leukocytozy, lub też w postaci białaczki (leucaemia). W przypadkach takich w każdem polu widzenia spotykamy więcej ciałek białych; ilość ich może być tak znaczna, że jedno ciałko białe przypada na 50—20 ciałek czerwonych. Wogóle jednak zaznaczyć wypada, że decydowanie z preparatów krwi świeżej o obecności wzmożonej ilości ciałek białych wymaga znacznej wprawy i dlatego lepiej powinna być przez dokładne liczenie skontrolowana.

Liczenie ciałek krwi uskuteczniamy zapomocą przyrządu Thoma-Zeissa. Składa się on z dwu rurek włosowatych w jednej trzeciej wydętych w ampułkę; jedna rurka przeznaczona do liczenia ciałek krwi czerwonych, druga do ciałek białych. Rurka do ciałek czerwonych opatrzoną jest znaczkiem 0,5 i 1, powyżej ampułki znajdujemy znaczek 101. Rurka zaś do ciałek białych posiada znaczek 0,5 i 1; na ampułce 110, a powyżej znaczek 11. W ampułkach znajduje się kulka szklana, służąca do dokładnego pomieszania roztworu. Nadto znajdujemy w tym przyrządzie komorę do liczenia, która przylepiona jest na szkiełku przed-

miotowem w ten sposób, że głębokość tej komory wynosi dokładnie 0·1 mm. Dolna ściana komory zawiera podziałkę kwadratową, a każde 16 kwadracików ograniczone jest podwójnymi kwadratami, względnie dwoma szerszemi i grubszemi liniami. Długość każdego kwadracika wynosi $^1/_{20}$ mm. a cały kwadracik wynosi $^1/_{400}$ mm³.

Obliczenie wykonuje się w ten sposób, że po nakłóciu palca lub ucha naciągamy krwi do rurki do znaczka 0.5 lub 1. Następnie obcieramy ostrożnie koniec rurki i naciągamy rozczynu konserwującego, a więc najlepiej odczynnika Heyema (patrz wyżej) do znaczka 101. Po napełnieniu zatykamy koniec rurki palcami i wstrząsamy kilka minut, by krew jednakowo się pomięszała, poczem wypuściwszy 2—3 kropli, napełniamy komorę na szkiełku przedmiotowem i przykrywamy szkiełkiem nakrywkowem, bacząc by do wnętrza komory nie dostały się bańki powietrza i by szkiełko nakrywkowe tak dokładnie przylegało, by można widzieć pierścienie Newtona. Preparat nakładamy pod mikroskop i czekamy parę minut, by cała mieszanina dokładnie się wśród komory rozmieściła. Do liczenia używamy najlepiej Zeiss C, Reichert 7. Kolejno teraz obliczamy ilość ciałek czerwonych, znajdujących się w poszczególnych kwadracikach. Im więcej kwadracików przeliczymy, tem rachunek będzie dokładniejszy. Do każdego kwadracika wlicza się wszystkie ciałka wewnątrz się znajdujące, jak również te, które czy od wewnątrz czy zewnątrz dotykają górnej linii granicznej kwadracika, jak również, które na wewnątrz lub zewnątrz dotykają jednego boku kwadracika (n. p. lewego). Przy obliczaniu postępujemy w ten sposób: rurka jest w ten sposób sporządzona, że przy naciągnięciu krwi do znaczka 0,5 rozcieńczenie krwi wynosi 1:200, a przy naciągnięciu do znaczka 1 rozcieńczenie wynosi 1:100. Przypuśćmy, że ilość ciałek, znaleziona w X kwadracikach = a przy rozcieńczeniu 1:100, to ilość ciałek w mm³ = $\frac{a \times 4000 \times 100}{X}$.

W ten sam sposób otrzymujemy ilość ciałek białych nadmieniając, że przy liczeniu ciałek białych obliczenie uskutecznia się przy pomocy $1^1/_2$% kwasu octowego i fioletu metylowego (patrz wyżej), przyczem ciałka czerwone zostają rozpuszczone, a pozostają same białe i barwią się fioletowo, przez co dobrze dają się odnaleźć. Rozczyn w rurce do ciałek białych wynosi 1:10 lub 1:20, stósownie czyśmy naciągnęli do znaczku 1 lub do znaczku 0.5. Liczymy zaś ciałka białe we wszystkich kwadracikach się znajdujące i obliczamy według wzoru, podanego dla ciałek czerwonych.

Ilość ciałek czerwonych ulega dosć znacznym wahaniom. Zwyczajnie u człowieka dorosłego znajdujemy w stanach prawidłowych około 5000000, zaś u kobiet nieco mniej, średnio 4·5 milim. w mm³. Również i w wieku dziecięcym znajdujemy przeważnie zwiększenie się ilości ciałek czerwonych, podczas gdy u starców nieco mniej, niż 5 mil. spostrzegać się daje. Fizyologiczne czynniki również nie pozostają bez wpływu na ilość ciałek czerwonych, a stany, które powodują utratę krwi połączone są zazwyczaj z zwiększeniem się ilości ciałek w mm.³, co naturalnie odnieść należy do zagęszczenia krwi. Ważne miejsce zajmuje ze względu na ilość ciałek czerwonych pobyt w górach. Badania mianowicie w tym kierunku wykonane wykazały, że im wyżej nad poziomem morza badamy krew, tem znaczniejsze znachodzimy zwiększenie ilości ciałek czerwonych tak, że ilość ich dochodzić może do 8—10 milionów w mm³. Tak np. przy wysokości 0 nad poziomem morza ilość ciałek wynosi 4·900, a przy wysokości 4392 m. ilość ciałek czerwonych = 7·9 milionów. Gdzie leży przyczyna tego osobliwego zachowania się ciałek czerwonych krwi, do dziś dnia nie zdołano dokładnie objaśnić. Wspomnieć także wypada, że wśród karmienia, miesiączkowania, ciąży ilość ciałek czerwonych ulega nie wielkim zmianom i, że mianowicie w stanach tych spostrzegać się daje zwiększenie ciałek czerwonych.

Ważne zmiany w ilości ciałek czerwonych spostrzegać się dają w stanach chorobowych. W pierwotnej niedokrewności złośliwej (a. perniciosa) mianowicie zachowanie się ilości ciałek czerwonych daje nam nietylko rozpoznawcze, ale zarazem i prognostyczne wskazówki, i pozwala nam ocenić ciężkość schorzenia. W cierpieniu tem, zgodnie z badaniami wielu autorów, znachodzimy zawsze zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych i to bardzo znaczne tak, że przeciętnie otrzymujemy około 1 mil. ciałek czerwonych w mm³, a nawet poniżej, a przypadek Quinkego, w którym liczba ciałek czerwonych wynosiła 143000 w mm³ jest jedynym przypadkiem w literaturze o tak nizkiej liczbie ciałek czerwonych. Stałe powiększanie się ciałek czerwonych wśród przebiegu ciężkiej niedokrewności pozwala rokować w każdym razie nie źle; natomiast stałe zmniejszanie się ilości ciałek czerwonych każe rokować niepomyślnie. Zachowanie się więc ilości ciałek czerwonych w przebiegu niedokrewności złośliwej daje lekarzowi bardzo ważne wskazówki. W niedokrewnościach następowych, czy to skutkiem krwotoku przy wrzodzie żołądkowym lub raku, równie znachodzić będziemy zmniejszenie się ilości ciałek czerwonych, jednak stopień zmniejszenia nie dosięga nigdy tego stopnia, co w niedokrewności złośliwej i w tych przypadkach stwierdzenie zmniejszenia się ilości ciałek czerwonych naprowadzić nas może na myśl krwotoku utajonego. Liczenie ciałek czerwonych w przebiegu niedokrewności złośliwej nabiera tem większego znaczenia, że stopień chorobliwego stanu krwi nie zależy, jak n. p. w błednicy, od zawartości hemoglobiny, lub też jak w innych przypadkach od nawodnienia krwi, ale bezpośrednio od ilości ciałek czerwonych, która obok zmian morfologicznych w zachowaniu się krwi nadaje główną cechę, dla tego cierpienia charakterystyczną.

Z drugiej strony zwiększenie się ilości ciałek czerwonych spostrzegamy przedewszystkiem w tych chorobach, które powodują znaczną utratę wody, czy to skutkiem obfitego przeziewu (perspiratio) skóry, czy też jako następstwo rozwolnienia lub uporczywych wymiotów. Wspomnę tu tylko cholerę, czerwonkę, gdzie zwiększenie ilości ciałek krwi odnieść należy do jej zagęszczenia.

Ważniejsze i nader praktyczne znaczenia mają badania krwi w zatruciach fosforem i wśród objawów śpiączki cukrzycej (coma diabeticum). Zatrucia fosforem, gdy wywiady brakują, z trudnością daje się rozpoznać i nieraz tylko na podstawie prawdopodobieństwa je rozpoznajemy. Wynik badania krwi jest wtedy prawie rozstrzygającym. W przypadkach zatrucia fosforem liczba ciałek czerwonych jest zwiększoną i dochodzi może do 8 milionów w mm³. Nieraz miałem sposobność przekonać się, jak ważną usługę w tych razach oddaje badanie krwi, a nekroskopia rozpoznanie to, postawione na podstawie badania krwi, zawsze potwierdziła. O ile dla cukrzycy zachowanie się ilości ciałek czerwonych nie przedstawia nic charakterystycznego, o tyle wśród objawów śpiączki cukrzycej badanie wykazuje znaczne zwiększenie się ilości ciałek czerwonych i, w przypadkach niejasnych, przyczynia się do pewnego rozpoznania. Jak się zdaje przyczyna zwiększenia ilości ciałek czerwonych wśród napadu śpiączki cukrzycej leży w zagęszczeniu krwi skutkiem utraty wielkiej ilości wody; w przebiegu zatrucia fosforowego ważną rolę pod tym względem odgrywają wpływy limfagogiczne lub też podrażnienia naczynioworuchowe, powodujące zagęszczenie krwi.

Oznaczenie barwika krwi (hemoglobiny).

a) Ilościowe oznaczenie hemoglobiny. Do przyrządów, najwięcej używanych do oznaczenia ilościowego hemoglobiny, należą: przyrząd Fleischla i przyrząd Gowersa. Obydwa są nadzwyczaj dogodne i w zastósowaniu łatwe; natomiast co do ceny, to przyrząd Gowersa jest nadzwyczaj tani, a wyniki, tą drogą otrzymane, są dokładniejsze. Według modyfikacyi Sahliego składa się on z 3 rurek szklanych równej wielkości. Dwie, zalutowane na obu końcach, wypełnione są do pewnej wysokości rozczynem pikrokarminu

którego zabarwienie odpowiada dokładnie 1% wodnemu roztworowi krwi prawidłowej. Jedna z rurek, służąca do badań w świetle sztucznem, ma zalutowanie czarne, druga zaś, używana do badań przy świetle naturalnem, ma zalutowanie białe. Rurka trzecia, w której robimy mięszaninę krwi, opatrzona jest podziałką od 10—140. Nadto znajdujemy rurkę włosowatą, do której naciągamy po znaczek czarny krwi w ilości 20 ctm³. Oznaczenie hemoglobiny wykonujemy w sposób następujący: do rurki włosowatej naciągamy po znaczek 20 ctm. krwi i wydmuchujemy do rurki opatrzonej podziałką, do której poprzednio daliśmy kilka kropli wody przekroplonej. Następnie wstrząsamy kilkakrotnie, dolewając ostrożnie wody przekroplonej tak długo, aż zabarwienie mieszaniny krwi i wody stanie się równe zabarwieniu mięszaniny pikrokarminu w glicerynie. Dla dogodności wkładamy obie rurki do stoliczka gumowego, znajdującego się w przyrządzie i odczytujemy ilość hemoglobiny. Według tego, czy badanie wykonujemy przy świetle dziennem czy sztucznem, używamy rurki z zalutowaniem czarnem lub białem.

Hemoglobina nadaje krwi odpowiednią barwę, jest przenośnikiem tlenu i związaną z podścieliskiem ciałek czerwonych. Na 100 grm. krwi przypada w krwi prawidłowej przeciętnie 14 grm. hemoglobiny. Ilość hemoglobiny pozwala ocenić rozmiary niedokrewności. Zmniejszenie ilości hemoglobiny jest jednym z najcharakterystycznych objawów błednicy, a mianowicie ilość hemoglobiny spada daleko niżej, aniżeli ilość ciałek czerwonych. Jeżeli w stosunkach prawidłowych ilość ciałek czerwonych odpowiada ilości hemoglobiny, to stosunek ten, jak to już wyżej przy błednicy wspomnieliśmy, zaciera się nawet bardzo znacznie, szczególnie w stanach chorobowych. Przyjąwszy bowiem przy 5 milionach ciałek czerwonych ilość hemoglobiny 100, a więc stosunek ciałek czerwonych do hemoglobiny zupełnie prawidłowy, gdzie ilość ciałek i ilość hemoglobiny = 100, to pojedyncze ciałko czerwone zawierać będzie 1 hemoglobiny. Liczba 1 przedstawia nam w tym przypadku tak zwany indeks barwikowy ciałka czerwonego, a tę otrzymujemy, dzieląc ilość otrzymanej hemoglobiny przez liczbę ciałek czerwonych.

Indeks barwikowy (Färbeindex) może być, jak z powyż powiedzianego wynika, ilością mniejszą lub większą od jednostki. Tak np. przy błednicy w każdym razie będzie on mniejszy od jednostki, a przy niedokrewności złośliwej — większy od jednostki. W pierwszym więc przypadku pojedyncze ciałka czerwone zawierają mniej hemoglobiny, w drugim zaś więcej aniżeli w stanie prawidłowym. Oznaczenie indeksu barwikowego jest więc rzeczą ważną i liczeniem ciałek czerwonych zastąpić się nie da. Oznaczenie ciężaru gatunkowego nie ma zbyt wielkiego klinicznego znaczenia, gdyż idzie ono prawie równolegle z ilością hemoglobiny, której znów zbyt wielkiego znaczenia praktycznego o tyle przypisać nie można, że prawie we wszystkich stanach nieprawidłowych krwi ilość jej znacznie się zmniejsza.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. O wygniataniu płodu. (Expressio foetus).

Napisał

Dr. Franciszek Kośmiński,

asystent szkoły położnych w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 45).

Ze spostrzeżeń tych wynika, że przy stósowaniu wygniatania płodu należy w pierwszym rzędzie zwiększyć działanie tłoczni brzusznej, a więc czynnika głównego, wydalającego płód w prawidłowych warunkach, a nie liczyć wiele na bezpośrednie działanie na płód, to jest na nową siłę, którą przedstawia ręka, działająca z tyłu w kierunku osi podłużnej płodu.

Ponieważ stósowanie ugniatania zapomocą rąk pozwala nam wywierać ucisk tylko na małej stosunkowo przestrzeni powłok brzusznych, przeto silniejsze zadziałanie jest dla rodzącej przykrem, dla operatora zaś często bardzo uciążliwem, jak to sam Kristeller przyznaje, mówiąc, że przy wytłaczaniu doznaje operator często bólu w stawach nadgarstkowych, który radzi usuwać nacieraniami spirytusu. Dlatego postanowiłem, w celu rozdzielenia siły uciskającej o ile możności na jak największą powierzchnię, nie stósować ugniatania bezpośrednio rękami, lecz pośrednio, zapomocą opaski z płótna, flaneli i t. d. Opaskę taką można sobie albo osobno sporządzić, albo też, co jest najprostszem, używać zwykłego prześcieradła z płótna, odpowiednio złożonego. W tym celu składałem w kilkoro prześcieradło w wymiarze podłużnym tak, aby szerokość otrzymanej w ten sposób opaski, zależnie od rozmiarów brzucha rodzącej, wynosiła od 25 do 30 centymetrów. Następnie na łóżku podłużnem podsuwałem pod krzyże rodzącej część środkową opaski tak, aby po każdej stronie łóżka zwisała jedna połowa i układałem opaskę na brzuchu rodzącej, krzyżując obie jej połowy w ten sposób, że koniec połowy lewej przechodzi na stronę prawą i przeciwnie. Jedną połowę układam najpierw na dolną część brzucha, a więc od spojenia łonowego aż nieco powyżej pępka, drugą zaś połowę układam powyżej pępka, tak, aby opaska górnym brzegiem zachodziła ponad dno macicy. Założenie opaski powyżej dna macicy ma na celu ugniatanie dna macicy ku miednicy nie tylko dla tego, aby przeszkodzić usunięciu, a względnie wysunięciu się dna macicy z pod opaski i nie dopuścić do wyciągnięcia się macicy ku górze, lecz także w tym celu, aby w danym przypadku ucisk, stósowany na dno macicy, mógł działać i na płód, którego druga część, większa, znajduje się zwykle w dnie, w kierunku jego osi podłużnej. Po założeniu opaski operator, stojąc po odpowiedniej stronie, ujmuje koniec tej połowy opaski, która przechodzi przez dno macicy, osobie zaś pomagającej poleca stanąć po drugiej stronie łóżka, względnie rodzącej, i ująć koniec drugiej połowy opaski. Z chwilą rozpoczęcia się bólu, na dany znak, należy pociągać równocześnie za końce obu połów opaski, jednak nie w kierunku ku sobie, a więc na boki, tylko o ile możności prostopadle do podłogi, a względnie do pościeli. W tym celu ujmuje się każdą połowę opaski o 10 do 15 centymetrów powyżej poziomu łóżka dwoma rękami i, stojąc na palcach nóg z boku łóżka, należy się opierać na rękach, trzymających opaskę; tak więc możemy dowolnie zmniejszać lub zwiększać siłę ucisku bez najmniejszego wysiłku, opierając się ciężarem swojego ciała już to więcej na palcach nóg, już też na rękach, które należy w tym celu trzymać bądź wyprostowane przy sobie, bądź też tylko nieco zgięte w łokciach. W czasie wykonywania zabiegu należy naśladować charakter bólów, to jest z początku słaby ucisk zwiększać stopniowo, a po utrzymaniu przez kilka sekund na szczycie, powoli go zmniejszać. Ucisk wywarty połową opaski, przechodzącą przez dno macicy, powinien być znacznie większym, aniżeli ucisk połową, przechodzącą przez dolną część brzucha. Gdy bowiem dolna połowa opaski ma za zadanie tylko przeciwdziałać i służyć niejako za oparcie i wzmocnienie dla powłok brzusznych, będących pod większem ciśnieniem śródbrzusznem, to połowa górna ma ugnia-

tać na dno macicy, a w danym razie i na płód. Gdy więc górna część opaski działa więcej czynnie, to dolna spełnia zadanie więcej biernego oporu; dlatego to operator powinien uciskać zapomocą połowy górnej, a osoba pomagająca za dolną. W ten sposób ucisk, wywarty na całą powierzchnię brzucha przez opaskę lub prześcieradło płócienne, które dokładnie można przystósować do kształtów brzucha, może być nawet bardzo znacznym. Przy zbyt mocnem jednak ugniataniu, zwłaszcza trwającem bardzo długo i wiele razy powtarzanem, ucisk taki, jak to wyraźnie wszyscy prawie autorowie zaznaczają omawiając postępowanie Kristellera, może sprowadzić omdlenie lub nawet obumarcie płodu, a to skutkiem uciśnięcia miejsca przyczepienia się łożyska i następowych zaburzeń w krążeniu łożyskowem. Z tego powodu nie należy bezwarunkowo zbyt gwałtownie ugniatać i zbyt długo zabiegu tego stósować, zwłaszcza jeżeli wskazaniem do przyśpieszenia porodu są objawy, świadczące o grożącem niebezpieczeństwie dla życia płodu.

Osoby rodzące znoszą dobrze nawet bardzo silny ucisk i nigdy nie spostrzegałem po zastósowaniu wygniatania wpływu niekorzystnego, ani miejscowego ani też ogólnego. Nawet po zastósowaniu zapomocą opaski tak silnego ucisku, że aż przezwycięży on tłocznię brzuszną i zadziała silnie wprost na macicę, ugniatając ją ku kręgosłupowi i ku miednicy, nie skarżyły się wcale rodzące na znaczniejszy ból; po zaprzestaniu zaś ucisku nie doznawały żadnych dolegliwości i zgadzały się chętnie na dalsze stósowanie zabiegu.

Tą metodą zapomocą opaski stósowałem ucisk podczas bólu nie dłużej jak 10 do 15, a najwyżej do 20 sekund, powtarzając go kilkakrotnie w przerwach 3—5 minutowych. Zwykle trzy, cztery lub pięć silniejszych ugnieceń wystarczało do ukończenia porodu. Jeżeli zaś po zastósowaniu kilku silnych ugnieceń nie stwierdzono wyraźnego postępu porodu, natenczas dalszych ugnieceń nie stósowano, uważając zbyt gwałtowne i długo trwające ugniatanie za zabieg rozwiązujący mniej łagodny, zwłaszcza dla płodu, aniżeli wykonanie innego sposobu operacyjnego.

Postępując w sposób powyżej opisany, stósowałem wygniatanie płodu z wynikiem korzystnym w jedenastu przypadkach, których przebieg porodu w streszczeniu zamieszczam:

I. M. W. Nr. protok. 831, r. 1897. Ciąża II. Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe. Przy zupełnie rozwartem ujściu zewnętrznem macicy, po pęknięciu pęcherza płodowego i główce, ustawionej największym obwodem we wchodzie miednicy, poród wcale nie postępował przez dwie godziny; bóle porodowe były słabe, przedgłowie duże. Wykonano 4 silne ugniecenia zapomocą opaski, poczem ze szpary sromowej wytoczyła się główka w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 4150 gramów. Popłód odszedł po 15 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

II. M. B. Nr. protok. 36, r. 1898. Ciąża VI. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe. Przy ujściu zupełnie rozwartem, po pęknięciu pęcherza płodowego, główka największym obwodem przeszła przez wchód miednicy, poczem pomimo prawidłowych bólów, poród nie postępował. Badanie wykazało wtedy, że tętno płodu, przedtem wyraźne, silne, stało się zaledwie słyszalne, głuche, wolne, a z początkiem każdego bólu odpływa z pochwy spora ilość krwi płynnej, ciemnej. Rozpoznano przedwczesne odklejenie się łożyska. Zaraz wykonano dwa silne uciśnięcia zapomocą prześcieradła i w przeciągu 5 minut wygnieciono płód mocno omdlały, który pomimo docucenia, umarł po kilku godzinach. Płód ważył 3700 gramów. Na około szyjki płodu pępowina była dwa razy okręcona i skutkiem napięcia nie pozwalała się główce obniżać, a przez pociąganie przy bólach za łożysko przedwcześnie je odkleiła. Zaraz po wytoczeniu płodu odszedł popłód w całości. Połóg prawidłowy.

III. A. S. Nr. protok. 179, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Miednica płaska. Przy główce nizko poprzecznie ustawionej, bólach bardzo słabych, poród nie postępował przez $1^1/_2$ godziny. Wykonano trzy silne uciśnięcia, a czwarte słabe zapomocą opaski i w ten sposób wykonano w przeciągu 12 minut wygniecenie płodu żywego, którego ciężar ciała wynosił 3100 gramów. Główka dokonała zwrotu i wytoczyła się w mechanizmie prawidłowym. Popłód odszedł po 20 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

IV. K. S. Nr. protok. 210, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe. Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego przy ujściu rozwartem na koniec palca i nie ustalonej główce. Bóle porodowe od początku słabe. Przy ujściu zewnętrznem macicy prawie zupełnie rozwartem, główce, będącej największym obwodem we wchodzie miednicy, postanowiono z powodu rosnącego przedgłowia i bardzo słabych bólów poród ukończyć. W tym celu wykonano 4 silne uciśnięcia zapomocą opaski i w przeciągu 15 minut urodzono płód w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 3800 gramów. Popłód odszedł po 14 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

V. S. Z. Nr. protok. 304, r. 1898. Rodziła trzy razy; pierwszy poród siłami przyrody, płód mały; drugi poród zakończony kleszczami, trzeci poród bliźniaczy. Obecnie ciąża IV. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Wymiary miednicy: D. S. = 22. D. C. = 27. D. J. = 28. *Conj. extr.* = $16^1/_2$ — 17 ctm. 18. *Conj. diagon.* = $9^1/_2$ ctm. Przy ujściu zupełnie rozwartem przebito gruby pęcherz płodowy, spychając równocześnie główkę ruchomą do wchodu miednicy. Po 4 godzinach badanie wykazało bóle silne, pierścień skurczowy sięga do pół odległości pomiędzy spojeniem łonowem a pępkiem, główka największym obwodem jeszcze przez wchód nie przeszła. Postanowiono spróbować w tym przypadku ucisku od zewnątrz i wykonano w przeciągu 16 minut cztery silne, a jedno słabe, uciśnięcia zapomocą prześcieradła, poczem główka obniżyła się do wychodu miednicy, dokonała zwrotu i za jednym bólem w mechanizmie prawidłowym wytoczyła się siłami przyrody ze szpary sromowej. Płód żywy ważył 3500 gramów. Popłód odszedł po 30 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

VI. B. B. Nr. protok. 314, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie. Wymiary miednicy. D. S. = 22. D. C. = 26. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18 *Conj. diagon.* = 11 ctm. Z powodu następowego osłabienia bólów porodowych, przy główce w pochwie poprzecznie ustawionej, wobec dość znacznego przedgłowia, wykonano trzy silne uciśnięcia w przeciągu 12 minut zapomocą opaski i wytoczono główkę w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 3400 gramów. Popłód odszedł po 10 minutach w całości. W pierwszych kilku godzinach po porodzie ciepłota raz jeden dosięgła 38° C., zresztą połóg prawidłowy, bezgorączkowy, to jest, że podwyższenia ciepłoty, dochodzącego tylko choćby do 37·5° C., nie było.

VII. P. M. Nr. protok. 338, r. 1898. Ciąża II. Położenie płodu podłużne miednicowe zupełne II. Poród na czasie. Wymiary miednicy. D. S. = 22. D. C. = 26. D. T. = 29. *Conj. extr.* = $17^1/_2$ *Conj. diagon.* = 10 ctm. Większa ilość wód płodowych, bóle słabe. Przy ujściu zupełnie rozwartem przebito gruby pęcherz płodowy; wód odpłynęło około dwóch litrów, poczem pośladki ustaliły się we wchodzie. Po trzech godzinach, przy bólach znacznie silniejszych niż przedtem, pośladki zstąpiły do próżni miednicy, poczem bóle stały się znów słabe, rzadkie, a na pośladku i sromie płodu wytworzyło się znaczne obrzmienie porodowe. Zastósowano trzy silne uciśnięcia prześcieradłem w przeciągu 10 minut, poczem wytoczyły się ze szpary sromowej pośladki wraz z nóżkami, zachowując mechanizm prawidłowy. Następnie wykonano pomoc ręczną, uwolnienie rączek i wydobycie główki było trudne z powodu znacznego niestosunku porodowego. Płód omdlały docucono, ważył 3650 gramów. Popłód odszedł po 25 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

VIII. T. S. Nr. protok. 349, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe. Przy ujściu zupełnie rozwartem, po pęknięciu pęcherza płodowego, główce, która największym obwodem przeszła przez wchód miednicy, bóle, przedtem prawidłowe, stały się rzadsze, słabsze, krótkie. Gdy przez półtora godziny nie stwierdzono żadnego postępu porodu, a przedgłowie znaczne się utworzyło, zastósowano pięć razy w przeciągu 15 minut mierny ucisk zapomocą opaski, poczem ze szpary sromowej wy-

toczyła się główka w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy, ważył 3200 gramów. Popłód odszedł po kilku minutach, mały strzęp błon płodowych pozostał. Połóg prawidłowy.

IX. M. K. Nr. protok. 468, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe II. Poród na czasie. Wymiary miednicy prawidłowe Przy ujściu zewnętrznem, rozwartem na guldena, pękł pęcherz płodowy, główka największym obwodem we wchodzie. Po kilku godzinach, przy silnych bólach, główka zstąpiła do próżni miednicy i pochwy. Następnie bóle stały się mniej częste, krótkie i pomimo parcia rodzącej, poród nie postępował przez trzy godziny, tylko przedgłowie znaczne się wytworzyło, a tętno płodu stało się nieregularne. Z tego powodu zastósowano w przeciągu 10 minut trzy dość silne uciśnięcia zapomocą opaski, poczem wytoczyła się główka w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 3550 gramów. Popłód odszedł po dwu godzinach w całości. Połóg prawidłowy.

X. W. W. Nr. protok. 541, r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie. Wymiary miednicy D. S. = $25^1/_2$, D. C. $26^1/_2$. D. T. = 28. *Conj. extr.* = $16^1/_4$. *Conj. diagon.* = 9 ctm. Kości cienkie i ztąd zewnętrzne wymiary miednicy są mniejsze, aniżeli to odpowiada ścieśnieniu miednicy. Przy ujściu zewnętrznem, na guldena rozwartem, główce nie ustalonej, pękł pęcherz płodowy; bóle bardzo silne, wydatne. Po 20 godzinach bóle bardzo słabe, rodząca wyczerpana, tylko nader słabo napiera; główka nizko poprzecznie ustawiona, przedgłowie bardzo duże, tętno płodu wolne, czasem nieregularne. Wobec takiego stanu postanowiono poród ukończyć. Zastósowano trzy silne uciśnięcia zapomocą prześcieradła w przeciągu 10 do 12 minut. Główka dokonała zwrotu i wytoczyła się ze szpary sromowej w mechanizmie prawidłowym. Płód żywy ważył 3000 gramów. Popłód odszedł po godzinie w całości. Połóg prawidłowy.

XI. W. M. Nr. 543, r. 1898. Ciąża I Położenie płodu podłużne czaszkowe I. Poród na czasie Wymiary miednicy: D. S. = 22. D. C. = 25. D. T. = 29. *Conj. extr.* = 18. *Conj. diagon.* = 11 ctm. Z powodu następowego osłabienia bólów porodowych i przeciągania się porodu przy główce w próżni miednicy, znacznego przedgłowia, tętna płodu wolnego, słabo słyszalnego, postanowiono poród ukończyć W tym celu zastósowano cztery dość silne uciśnięcia zapomocą prześcieradła w przeciągu 15 minut, poczem wytoczyła się główka ze szpary sromowej, zachowując mechanizm prawidłowy Płód żywy ważył 3250 gramów. Popłód odszedł po 75 minutach w całości. Połóg prawidłowy.

Jak widzimy, zabieg cały nie trwa długo; w jednym przypadku potrzeba było tylko 5 minut, a najwyżej, także tylko w jednym, 16 minut; przeciętnie zaś potrzeba było około 12 minut do ukończenia porodu zapomocą wygniatania płodu. Nawet w przypadkach, w których przed zabiegiem największy obwód główki znajdował się we wchodzie, główka w krótkim czasie przechodziła przez całą miednicę. A zatem wygniatanie płodu można stósować nie tylko w przypadkach, w których główka znajduje się w cieśni lub wychodzie, lecz także w przypadkach, w których główka płodu znajdować się będzie największym obwodem w płaszczyźnie wchodu miednicy. Zabieg sam jest nader prosty, łatwo bardzo wykonać się dający; może zatem w pewnych przypadkach być użytym zamiast innych rękoczynów rozwiązujących, a przedewszystkiem kleszczy. Niewątpliwą zaś zaletą tego postępowania jest niejako naśladowanie i wzmocnienie sił wydalających płód w prawidłowych stosunkach. Podczas gdy, pominąwszy już niebezpieczeństwo zakażenia, możemy często sprowadzić przy użyciu kleszczy obrażenie części miękkich matki, uszkodzenie płodu, w pewnych zaś warunkach mogą kleszcze nawet utrudniać do pewnego stopnia główce wykonanie prawidłowego mechanizmu porodowego, to przy stósowaniu wygniatania unikamy tego w zupełności. Przy wygniataniu bowiem nie możemy w niczem zmienić ułożenia płodu, ani też wpływać na szereg zwrotów, jakie płód, a przedewszystkiem jego części większe, przechodząc przez miednicę, wykonują. Mechanizm porodowy pozostaje zatem przy wygniataniu płodu zależnym od istniejącego już z natury w danym przypadku stosunku wymiarów główki płodu do miednicy i nic nie staje mu na przeszkodzie do swobodnego dokonania. Z tych powodów należałoby stósować wygniatanie płodu zamiast operacyi kleszczowych znacznie częściej, aniżeli to obecnie się dzieje, jako samoistny zabieg rozwiązujący. Za wskazane zaś uważałbym w każdym przypadku stósowanie kilku ugnieceń przed założeniem kleszczy, n. p. zanim narzędzie zostanie wygotowane i przysposobione, a to dla próby, czy w danym przypadku, przez użycie zabiegu bądź co bądź lżejszego, nie będziemy mogli uniknąć poważniejszego zabiegu. Jeżeli zaś przekonamy się, że użycie kleszczy jest niezbędne, to przez poprzednie zastósowanie ucisku nie tylko stan nie mógł się zmienić na niekorzyść, lecz często bardzo pod wpływem ugniatania główka zstąpi nieco niżej i skutkiem tego zabieg rozwiązujący będzie do wykonania łatwiejszym. Obok tego należałoby także większą aniżeli dotąd zwrócić uwagę na zastósowanie ucisku od zewnątrz równocześnie z innymi zabiegami, jak n. p. z kleszczami, a zatem jako zabiegu uzupełniającego, pomocniczego przy stósowaniu kleszczy, co polecił już Kristeller i Czudowski. Wiemy, że przy pociąganiu kleszczami dokonanie zwrotu główki potylicą pod spojenie łonowe, często bardzo, zwłaszcza wobec bardzo słabych bólów, nie następuje i dopiero kleszczami musimy dokonać zwrotu. Otóż równoczesne stósowanie kleszczy wraz z uciskiem przez powłoki brzuszne może bez wątpienia ułatwić dokonanie zwrotu, a dalej, pociąganie za kleszcze wymagać będzie znacznie mniej siły przy równoczesnem użyciu uciskania, aniżeli przy stósowaniu samych kleszczy.

Pomimo, iż są to rzeczy po największej części dawno znane, gdyż stósowanie ucisku należy do najstarszych zabiegów w położnictwie, to przecież uważałem za stósowne podać do szerszej wiadomości i do wypróbowania wygodny i bezpieczny sposób stósowania ucisku, tak jak go powyżej opisałem, tem więcej, że nie wymaga żadnych przyborów i przygotowań. Prześcieradło bowiem, którem najczęściej się także posługiwałem, znajdzie się przecież i w najuboższej chacie.

Literatura:

1) Bidder: Die Kristeller'sche Expressio in der Eröffnungsperiode mit Gegendruck am Muttermund. (Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynäk. Bd. II. 1878).

2) Bidder: Zur Beurtheilung der Kristeller'schen Expressionsmethode bei Kopflagen. (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie Bd. III. 1878).

3) Brühl: Untersuchungen über den Stand des Kopfes und über die Eindrückbarkeit desselben in den Beckenkanal als prognostisches Moment der Geburt. (Archiv f. Gynäkol. Bd. XXVI. Heft. I).

4) Crede: Methode der Entfernung des Fruchtkuchens bei natürlicher Geburt. (Monatschrift. f. Geburtskunde u. Frauenkrankheiten Bd. XVI. 1860).

5) Czudowski: Wytłaczanie płodu przy wydobywaniu go kleszczami. (Gazeta lekarska, Nr. 10. 1887).

6) Engström: Ueber Expression des vorliegenden Kindskopfes. (Finska Läkare sällskapets Handlingar Nr. 5 i 6. 1884). (Referat: Centralblatt. f. Gynäk. Nr. 17. 1885).

7) Fritsch: Klinik der geburtsh. Operationen. 1876.

8) Hofmeier: Ueber Contractionsverhältnisse des kreissenden Uterus und ihre eventuelle Behandlung. (Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk. Bd VI. 1881).

9) Hüter: Compendium der geburtsh. Operationen. 1874.

10) Kleinwächter: Grundriss der Geburtshülfe. 1877.

11) Kristeller: Die Expressio foetus. Neues Entbindungsverfahren unter Anwendung äusserer Handgriffe. (Monatsschrift für Geburtskunde u. Frauenkrankheiten. Bd. XXIX. 1867).

12) Martin: Leitfaden der operat. Geburtshülfe. 1877.

13) Müller: Handbuch der Geburtshülfe. III. Bd. 1889.

14) Müller: Ueber das Einpressen des Kopfes in den Beckenkanal zu diagnostischen Zwecken. (Sammlung klinischer Vorträge Nr. 264).

15) Ostermann: Die Cardinalbewegung des Geburtsmechanismus. (Zeitschrift f. Geburtshülfe u. Gynäk. Bd. XXIX. 1894).

16) Schröder: Der schwangere und der kreissende Uterus. Beiträge zur Anatomie und Physiologie der Geburtskunde unter Mitwirkung der Dr. Hofmeier, Ruge, Stratz. Bonn. 1886.

17) Schröder: Lehrbuch der Geburtshülfe. 1888.

18) Schatz: Die Aetiologie der Gesichtslagen. (Archiv f. Gynäkolog. Bd. XXVII. 1886).

19) Spiegelberg: Lehrbuch der Geburtshülfe. 1878.

20) Strassmann: Aeussere und combinirte geburtshülfliche Verfahren. (Archiv f. Gynäkol. Bd. XLIX. 1895).

21) Thorn: Zur manuellen Umwandlung der Gesichtslagen in Hinterhauptslagen. (Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. XIII, 1886).

22) Winckel: Zur Beförderung der Geburt des nachfolgenden Kopfes. (Verhandlungen der Deut. Gesell. für Gynäkologie. Halle. 1888. Str. 19—25).

23) Zweifel: Lehrbuch der Geburtshülfe. 1887.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. R. Spira. **Krwotoki uszne.** *(Osobne odbicie z „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“. Z. 140, 141).*

Że wszelkie zabiegi operacyjne w uchu mogą za sobą pociągnąć większy lub mniejszy krwotok, jest rzeczą samo przez się zrozumiałą. W pierwszym rzędzie należy tu niezręczne wzięcie się do wydobycia ciała obcego z ucha, nakłócie błony bębenkowej itd. Zaznaczyć jednak wypada, że i przy najlżejszych zabiegach operacyjnych zajść mogą takie nieprzyjemne niespodzianki. Zdarzało się również, iż przy przebiciu błony bębenkowej nacięto opuszkę żyły szyjnej, co spowodowało obfity krwotok. (Ludewig, Gruber, Hildebrandt, Breger, Seligmann). Zdarza się bowiem czasami, iż w ścianie oddzielającej jamę bębenkową od dołka szyjnego (fossa jugularis) istnieją wrodzone luki, w następstwie czego wchodzi ściana naczyniowa żyły wspomnianej w bezpośrednią styczność z błoną śluzową jamy bębenkowej, w którą się wpukla. Wykonując przy takich warunkach paracentezę błony bębenkowej w tylnym dolnym kwadrancie, można łatwo naciąć opuszkę żyły szyjnej. Kilka takich przypadków jest opisanych w literaturze. Wszystkie dotyczą prawej strony; to tłómaczy się tem, iż prawy dołek szyjny (fossa jugularis) jest zwykle obszerniejszy i głębszy od lewego. Krwotok w ten sposób powstały jest naturalnie silny i trudny do zatamowania. Mimo tego udało się we wszystkich (5) dotąd znanych przypadkach tego rodzaju uszkodzenia przecież krwotok zatamować; jeden tylko przypadek zakończył się śmiertelnie wskutek ropnicy. Za życia można taki nieprawidłowy przebieg wspomnianej żyły poznać po niebieskiej kolistej plamce, którą w takim razie czasem na tylnym dolnym kwadrancie błony bębenkowej widzimy, a która z zagłębieniami okienek ściany błędnikowej nic nie ma wspólnego. (Gomperz).

W przypadku Hildebrandta świetlny blask znajdujący się w przednim dolnym odcinku błony bębenkowej, zmieniał swój kształt, jeżeli się wywarło dość silny ucisk na żyłę szyjną tej samej strony, a wracał natychmiast do pierwotnej formy po zaprzestaniu uciskania. Dalej żyły odpowiedniej połowy twarzy silniej były wypełnione, a chora okazywała ślady przebytej krzywicy.

Nadto zdarza się niekiedy (Körner), że tętnica szyjna (carotis) leży tak blisko jamy bębenkowej, iż przy otwarciu jej łatwo do uszkodzenia tego naczynia przyjść może.

Zdarzyło się również, iż wzięto tętniaka ucha zewnętrznego za czyrak i nacięto go; oczywiście to pociągnęło za sobą silniejszy krwotok, który dopiero po kilkudniowej tamponadzie ustał. Krwotoki lżejsze, od uszkodzenia błony bębenkowej pochodzące, wystąpić mogą przy silnem wystrzykiwaniu ucha, przy mocnem wpędzaniu powietrza, nadto przy aspiracyi powietrza z ucha zewnętrznego itd. Wskutek bowiem rozrzedzenia powietrza w uchu zewnętrznem przychodzi do silnego przekrwienia naczyń w zakresie błony bębenkowej i zewnętrznego przewodu, które szczególnie przy odpowiedniej skłonności łatwo pękają. Rozpoznanie przyczyny krwotoku zwykle trudności nie sprawia. Po dokładnem zbadaniu narządu słuchu i należytem uwzględnieniu wszystkich czynników etyologicznych, uda się nam po największej części odnaleźć źródło krwotoku. W tych jednak przypadkach, w których na podstawie dokładnego rzeczowego zbadania i ścisłych wywiadów możemy wykluczyć wszelki uraz lub chorobę narządu słuchowego, jako przyczynę krwotoku, należy dokładnie zbadać całe ciało, w kierunku zboczeń ustrojowych (konstytucyonalnych), jak choroby nerek, zboczenia w krążeniu, miażdżyca tętnic, macinnica, niedokrewność, zboczenia w miesiączkowaniu itd., które to zaburzenia mogą, jak wiadomo, dać powód do krwotoków usznych. Uwzględnienie wywiadów, okresowe występowanie tych krwotoków, obecność pewnych objawów zwiastunowych dają dalsze ważne wskazówki, ułatwiające rozpoznanie pierwotnych krwotoków usznych. Przy badaniu wywiadowem nie wolno nam zapominać o możebności symulacyi, do czego szczególnie pobór do wojska daje okazyę.

Rokowanie w krwotokach usznych jest z małymi wyjątkami pomyślne. Krwotoki te rzadko przyjmują większe rozmiary i są zwykle łatwe do zatamowania. Krwotoki z naczyń większych, jak to ma np. miejsce przy złamaniu podstawy czaszki, przy nagłem pęknięciu większych naczyń krwionośnych wskutek nadżarcia przez szerzenie się sprawy próchniczej, dalej przy nacięciu żyły szyjnej itp. mogą się jednak stać niebezpiecznymi. Krwotoki pochodzące z uklejów, ziarnin itd. są długotrwałe i często się powtarzając, prowadzą łatwo do ogólnego osłabienia i niedokrewności. Bardzo niebezpieczne są krwotoki z tętnicy szyjnej, gdyż i podwiązanie tego naczynia na szyi nie zawsze prowadzi do pożądanego celu; często wytwarza się krążenie uboczne przez tętn. kręgową (arteria vertebralis) i koło tętnicze Willizyusza (circulus arteriosus Willisii) i krwotok powraca. Tamponada zewnętrznego przewodu usznego może również być bezskuteczną, gdyż krew wypływa z taką siłą, że może tampon wyprzeć, lub też toruje sobie inną drogę przez trąbkę Eustachyusza. W takich przypadkach może łatwo przyjść do szybkiego zejścia śmiertelnego.

Krwotoki urazowe, same przez się nawet nieznaczne, mogą się stać łatwo niebezpiecznymi, jeżeli się do nich przyłączy odczynowe zapalenie ropne błony bębenkowej ucha środkowego, lub wreszcie błędnika, o ile te części zostały uszkodzone. Rokowanie zatem dalsze zależy od przyczyny krwotoku, względnie od rodzaju urazu, wywołującego krwotok.

Jasną jest rzeczą, że krwotoki uszne, zwłaszcza natury urazowej, mogą w pewnych okolicznościach nabrać znaczenia sądowo-lekarskiego.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wyciągi.

Fraenkel: **Kilka uwag o znajdowaniu się prątków mazidła** *(Smegmabacillen)* **w plwocinie.** *(Berl. klin. Wochs. 1898. 40.)* W Nr. 37 b. r. *Berl. klin. Wochs.* ogłosił Pappenheim przypadek dotyczący 30-letn. kobiety, zmarłej wskutek następstw mieszkowego ropnego zapalenia jelit, u której na

kilka dni przed śmiercią pojawiło się rozległe stłumienie nad płatem dolnym prawego płucaz oskrzelowym oddechem i dźwięcznemi rzężeniami; w ropnej plwocinie wykazał P. sposobem Gabbeta prątki, niczem nie różniące się od gruźliczych i, na tej podstawie, rozpoznano gruźlicę. Dopiero sekcya wykazała, że zmian gruźliczych nigdzie w ustroju nie było; w dolnym płacie płuca prawego znajdowała się jama zgorzelinowa, a w jej cuchnącej, ropiastej treści prątki takiesame, jakie za życia znajdowały się w plwocinie; dalsze badania dowiodły, że były to tak zw. *„Smegmabacillen"*. Fränkel zwraca uwagę, że dawniej już ogłaszał podobne przypadki i że szczególnie w przypadkach zgorzeli obecność takich wrzekomo gruźliczych prątków w plwocinie wcale nie jest rzadkością, co zależy prawdopodobnie od obfitej zawartości kwasów tłuszczowych w takiej plwocinie. Pominąwszy możliwość pomyłek rozpoznawczych, rzecz zyskuje przez to jeszcze na znaczeniu, iż, jak doświadczenie poucza, niekiedy do zgorzeli płuc w istocie przyłącza się następowo gruźlica Być może, że obecność *„Smegmabacillen"* zdarza się też i w zwykłych rozszerzeniach oskrzeli z zastojem wydzieliny, przynajmniej F. spostrzegał jeden podobny przypadek. — Aby odróżnić prątki gruźlicze od prątków mazidła *(Smegmabacillen)*, podawano różne sposoby barwienia, głównie radząc przy odbarwianiu preparatów posługiwać się wyłącznie bezwodnym wyskokiem, a unikać użycia silnych kwasów mineralnych. W rzeczywistości jednak rzadko tylko zdarza się potrzeba rozróżnienia obu rodzajów prątków, przynajmniej w badaniu plwocin; w tych rzadkich zresztą przypadkach oddawał Fränklowi dobre usługi sposób Honsella, to jest zabarwienie fuchsyną karbolową, a odbarwienie przez 10 min. w bezwodnym wyskoku z dodatkiem 3.o HCl. i podbarwianie wyskokowym rozczynem błękitu metylowego Przy tem postępowaniu prątki mazidła odbarwiają się, prątki gruźlicze zachowują barwę czerwoną.

Doc. Ciechanowski.

Schönfeld: **Uwagi o nowym przyrządzie odkażającym Schlossmana i o glykoformolu**. *(Dts. med. Woch.* 98. 40). Przyznając na podstawie prób w szpitalu powszechnym w Mannheimie wyższość glykoformolowi nad formaliną, a przyrządowi Schlossmana nad przyrządami Scheringa i Trillata do odkażania pomieszkań, zwraca jednak S. uwagę na ujemne strony nowego sposobu. Wprawdzie przy użyciu przyrządu Schlossmana ginęły gronkowce i zarodniki wąglikowe umieszczone w niedomkniętych kieszeniach odzieży, w otwartej z jednej strony poduszce włosianej i t. d., jednakże zatrzymywały swą żywotność w głębi grubych materaców włosianych, jak tego zresztą należało się spodziewać. Umieszczanie więc w odkażanym pokoju materaców i t. d., jak to zaleca okólnik fabryki Lingnera, wyrabiającej przyrząd Schlossmana, nie doprowadzi do celu, a może dać powód do złudzeń co do wartości dokonanego odkażenia. Ponieważ włósie niszczy się przy odkażaniu parą wodną, przeto zaleca S. materace włosiane zmoczyć i przepoić 2% rozczynem formaliny, a potem wysuszyć w suszarce. Inne wady sposobu Schlossmana są następujące: glykoformol zabija króliki, które znoszą działanie formaliny z przyrządu Scheringa; aby przewietrzyć pokój po glykoformolu, trzeba wejść w stósownej masce, gdyż drażni on błony śluzowe znacznie silniej, niż formalina z dawnych przyrządów; zapach formaliny po odkażeniu sposobem Schlossmana usunąć bardzo trudno: użycie amoniaku nie wiele na to pomaga, a może uszkodzić olejne malowanie ścian. Kilka dni po odwietrzeniu trwający zapach utrudnia więc bardzo wprowadzenie tego sposobu w użycie w mieszkaniach ubogiej ludności. W końcu wadą są znaczne koszta przyrządu (80 marek) i glykoformolu (4. M. za litr.); stąd też odwietrzenie pokoju o 240 m.^{3} kosztuje jednorazowo aż 24 M., pomijając już, że przy tem działać muszą równocześnie 3 przyrządy. Ponieważ glykoformol jest prostą mieszaniną wody, gliceryny i formaliny, przeto można go przyrządzić samemu, a wówczas koszt nie wynosi i połowy ceny, żądanej przez fabrykę Lingnera za ten przetwór. (Badania, prowadzone za staraniem dyr. Ponikły w szpitalu św. Łazarza objaśnią nas wkrótce, o ile zarzuty S. są usprawiedliwione)

Doc. Ciechanowski.

Weinrich: **Zdolność barwienia się dwoinek rzeżączkowych** *(gonococcus)* **i ich zachowanie się wobec sposobu Grama.** *(Ctblt. f. Bact.* 1898. tom 24. Nr. 6/7) Wobec wielkiej częstości rzeżączki i wagi, jaka ma szybkie i pewne wykazanie dwoinek Neissera (gonokokków), nic dziwnego, że nie brak usiłowań, aby sposoby wykrycia tych drobnoustrojów jak najbardziej udoskonalić. Przez czas pewien sądzono, że od innych podobnych dwoinek odróżniają się dwoinki Neisserowskie tem, że sposobem Grama odbarwiają się; później podawano te cechy rozpoznawcze kilkakrotnie w wątpliwość, jednakże niektórzy badacze utrzymywali, że sposób Grama wówczas tylko daje wyniki niepewne, jeżeli barwik (roztwór gencyany w wodzie anilinowej) i płyn Lugola, użyty do odbarwienia, spłókuje się wodą. Okoliczność tę podkreślił już sam Gram. Weinrich doszedł do następujących wyników: Pierwotny sposób Grama daje, co do dwoinek Neissera, bezwzględną rozpoznawczą pewność i jest lepszy, niż wszystkie jego odmiany, byleby preparaty były odbarwiane bezwodnym wyskokiem i byleby unikać jak najskrupulatniej opłókiwania wodą przy przygotowywaniu preparatów. Niepewne wyniki sposobu Grama, jakie otrzymywano, nie zależą od stopnia zgęszczenia barwika, lecz jedynie od tego, że używano opłókiwania wodą po zabarwieniu płynem Ehrlicha, lub po płynie Lugola, albo też posługiwano się wyskokiem rozcieńczonym. Równie dobrze posługiwać się można 2½% rozczynem karbolowym gencyany, jak płynem Ehrlicha; rozczyn karbolowy jest trwalszy. Do odbarwiania nie należy używać środków silnie działających, jak alkoholu kwaśnego (z kw. solnym, azotowym lub ⅙ acetonu), gdyż wówczas łatwo powstają pomyłki rozpoznawcze. Do podbarwiania po sposobie Grama najlepiej używać *Bismarkbraun* (wezuwiny), według przepisu: 70.o wody destyl. gorącej, 3.o wezuwiny. 30.o wyskoku 96%, na zimno; fuchsyna i błękit metylowy mniej się do podbarwienia nadają. Całe zatem postępowanie, według Weinricha, odbywać się powinno, jak następuje: preparaty z wydzieliny, wysuszone i ustalone w płomieniu, barwi się 1-3 minut płynem Ehrlicha, lub rozczynem karbolowym gencyany (Fränkla); potem nie opłókując wodą, poddaje się je 1-3 minut działaniu płynu Lugola, wreszcie nie opłókując wodą, zmywa wyskokiem bezwodnym przez 1-1½ minuty (dopóki wyskok jeszcze się barwi). Dopiero teraz można opłókać preparaty i podbarwić wezuwiną. (Autor nie uwzględnił wcale pracy Nowaka i Wachholza: „O znaczeniu gonokokków" i t. d. Praca ta, ogłoszona także po niemiecku, powinna być autorowi dostępną Rf.)

Doc. Ciechanowski.

Prof. Kessler: **O raku pochwy i jej wycinaniu.** *(St. Petersburger medicinische Wochenschrift*, Nr. 34, r. 1898). Rak pochwy jest może najniebezpieczniejszym ze wszystkich złośliwych nowotworów, rozwijających się w częściach rodnych niewieścich. Zazwyczaj rośnie szybko, gdyż luźna tkanka, otaczająca pochwę, sprzyja bujaniu ognisk rakowych. Chore nie doświadczają przytem znaczniejszych dolegliwości i często zbyt późno zgłaszają się do lekarza. W przypadkach zaś, w których zabieg operacyjny jest jeszcze możliwym, samo umiejscowienie nowotworu czyni jego doszczętne usunięcie od strony pochwy nadzwyczaj trudnem, ułatwia zaś przeszczepienie cząstek raka w świeżą ranę pochwy.

Wszystkie te okoliczności sprawiają, że wyniki po operacyach raka pochwy należą do najgorszych, a nawrót cierpienia jest prawie regułą. Olshausen usiłował zapobiedz przeszczepianiu raka pochwy w świeżą ranę pochwowa w ten sposób, że wycinał nowotwór nie od strony pochwy, ale od zewnątrz. Robił on mianowicie cięcie poprzeczne na międzykroczu i, idąc w górę, oddzielał ścianę pochwy od kiszki stolcowej i z boków aż do wysokości części pochwowej macicy. Następnie zaś dopiero wycinał nożyczkami naciekłą

część ściany pochwy. Jeżeli zachodziła potrzeba równoczesnego wycięcia macicy, otwierał przez ranę, powstałą przy oddzielaniu pochwy, zatokę Douglasa i wytaczał macicę od tyłu. W dwóch przypadkach operowanych tym sposobem nawrót choroby wystąpił w jednym przypadku po trzech latach, w drugim zaś już po trzech miesiącach. Kessler zmodyfikował operacyę Olshausena w przypadku raka obydwóch ścian pochwy i części pochwowej w sposób następujący: poprowadził on na międzykroczu cięcie poprzeczne długie na $\frac{1}{2}$ dłoni i, przedłużywszy takowe ku górze po zewnętrznej stronie warg sromowych aż do połowy ich wysokości, oddzielił tylną ścianę pochwy od kiszki stolcowej aż do wysokości szyjki macicy. Następnie założył do pochwy pasek gazy jodoformowej i przeciął poprzecznie przednią ścianę pochwy na wysokości górnej trzeciej części cewki moczowej. Cięcie, poprowadzone na przedniej ścianie pochwy, połączył z cięciem na międzykroczu, przedłużywszy je na obie strony przez pochwę, przedsionek i wargi, aż do spotkania z poprzedniem. Teraz odpreparował z przedniej i bocznych ścian pochwy (niezajęty chnowotworem, który znajdował się powyżej) pasek szeroki na 2 ctm. i, mając w ten sposób oddzielony cały dolny odcinek pochwy, zamknął jej światło dwoma pincami, przez co uzyskał szczelne oddzielenie nowotworu od rany zewnętrznej. Całą pochwę odpreparował ku górze na tępo palcem, owiniętym w gazę jodoformową, podwiązując katgutem napinające się twardsze postronki, które wymagały przecięcia. Po oddzieleniu pochwy otworzył Kessler jamę Douglasa, a następnie fałd pęcherzowo-maciczowy i, wytoczywszy macicę ku przodowi, podwiązał katgutem więzadła szerokie i tkankę okołomaciczną. W ten sposób wyjęta macica wraz z częścią pochwy stanowiła jeden worek zamknięty pincami, w którym znajdował się nowotwór.

Zeszycie pozostałych ścian pochwy katgutem i zamknięcie rany na międzykroczu zakończyło operacyę. Przebieg pooperacyjny był bezgorączkowy, w miesiąc po zabiegu chora opuściła szpital zupełnie uleczona, a w $1\frac{1}{4}$ roku po operacyi, na listowne zapytanie Kesslera, doniosła, że ma się dobrze i nie doznaje żadnych dolegliwości. *Piotrowski.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. Lek. Krak.

Posiedzenie z dnia 10. październ ka 1898 r.

Przewodniczący Prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 8. Nieobecność usprawiedliwili: Prof. Jakubowski, Dr. Piątkowski, Prof. Steingraber i Dr. Surzycki.

1) Ponieważ pani Kosmowska zakład swój kefirowy, polecony przez Tow. Lek. krak., odstąpiła p. Grossowej, uproszono Prof. Dra Bujwida, ażeby zbadał obecny stan fabrykacyi kefiru i zdał sprawę na najbliższem posiedzeniu komisyi.

2) Jednemu z pp. aptekarzy, który udał się do komisyi o zbadanie i polecenie pigułek, w skład których wchodzi rzewień i wyciąg kaskary, uchwalono odpowiedzieć, iż komisya takich złożonych przetworów, które łatwo prowadzić mogą do nadużyć ze strony chorych, poprzeć nie może.

3) Według informacyj zasięgniętych przez sekretarza, z których wynika, że pan magister farmacyi Wolański nie trudni się obecnie wyrobem kefiru, uchwalono ten środek leczniczy wykreślić ze spisu środków leczniczych, przez Tow. Lek. krak. poleconych.

4) Przyjęto do wiadomości świadectwa lekarskie i weterynarskie o dobrym stanie zdrowia służby stajennej i krów w mleczarni w Śledziejowicach, poleconej przez Tow. Lek. krak. i to za czas od 1. czerwca 1898 do 1. października 1898 r.

5) Do skontrolowania fabryki przetworów opatrunkowych i przetworów farmaceutycznych p. mag. farm. M. L. Dobrowolskiego w Podgórzu upoważniono prof. Dra Trzebickyego i Dra Lembergera.

6) Na podstawie referatu, złożonego przez Doc. Dra Ludomiła Korczyńskiego, uchwalono udzielić właścicielowi zdrojów w Krościenku odpowiednich wskazówek co do zabezpieczenia zdrojów i co do sposobu napełniania wody zdrojowej do flaszek.

7) W celu ułożenia ogólniejszego programu rozwoju i popierania krajowego przemysłu w zakresie wyrobu przetworów leczniczych i dyetetycznych, uchwalono na wniosek sekretarza zwołać ankietę, składającą się z członków komisyi przemysłowo-lekarskiej i wszystkich aptekarzy krakowskich. Materyał do tej sprawy przygotować ma prof. dr. Jaworski wspólnie z dr. Śliwińskim.

8) Ażeby zapewnić zdrojowiskom krajowym dalszę poparcie ze strony lekarzy, poznać ich braki, potrzeby i życzenia, a mianowicie zasięgnąć fachowej opinii lekarzy zdrojowych, uchwalono na wniosek przewodniczącego uprosić w najbliższym czasie właścicieli zdrojowisk i lekarzy zdrojowych na wspólną naradę. Przygotowaniem materyału do tej narady zajmie się Doc. Dr. Korczyński Ludomił.

9) W sprawie wyrobu krajowego suszonych jarzyn i owoców uchwalono na wniosek przewodniczącego zawezwać krajowych producentów do przedłożenia projektów, zmierzających do skutecznego poparcia tej gałęzi przemysłu krajowego.

10) Co do popierania wyrobu bezwodnego wyskoku, produkowanego przez fabryki krajowe, oddano rzecz tę do referatu Prof. Dr. Jaworskiemu.

11) Przyjęto do wiadomości zawiadomienie przewodniczącego, że wystawił panu Matecznemu w Podgórzu imieniem komisyi przemysłowo-lekarskiej poświadczenie, że woda na gruncie jego w Podgórzu wypływająca, jest wodą zdrojową i że wymaga okręgu ochronnego w myśl obowiązującej ustawy górniczej.

12) Zbadanie obecnego stanu źródła, którego używa fabryka K. Rzący i Chmurskiego do fabrykacyi wód leczniczych, powierzono Prof. Dr. Jaworskiemu.

13) Uchwalono wyrazić Redakcyi czasopisma »Zdrojowiska« uznanie za pożyteczną działalność i udzielono obecnemu na posiedzeniu współredaktorowi, Dr. Mikuckiemu, wskazówek co do redagowania tego czasopisma w przyszłym sezonie kąpielowym.

Dr. Michał Śliwiński,
sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 10 Listopada.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, kol. Dr. Karol Kaczkowski okazał przyrząd Röntgena najnowszej konstrukcyi i zastósował go na odpowiednich przypadkach chorobowych.

Zapowiedziany wykład kol. Dra Rutkowskiego, z powodu spóźnionej pory, został odłożony do posiedzenia następnego.

* Koledzy: Doc. Dr. Nowak i Dr. Maryan Piotrowski udają się na dłuższy pobyt za granicę w celach naukowych.

* Następcą ś. p. S. Kondratowicza na stanowisku wydawcy »Gazety Lekarskiej« wybrali właściciele tego tygodnika Dra Jana Pruszyńskiego.

* Dr. Fryderyk Simon, b. asystent przy katedrze weterynaryi w Krakowie, mianowany został adjunktem c. k. Akademii weterynaryi we Lwowie.

* **Sieradz.** Dnia 9 października święcił Sieradz niezwykłą uroczystość. W dniu tym ubiegło 50 lat od chwili otrzymania dyplomu przez Dra Józefa Stanisławskiego, wielce cenionego miejscowego lekarza i obywatela. Mieszkańcy naszego miasta i okoliczni obywatele postanowili uczcić ten dzień uroczystym jubileuszem, który się odbył w dniu oznaczonym.

Józef Stanisławski przyszedł na świat r. 1824 w Śledziejowicach pod Wieliczką; szkoły średnie ukończył w gimnazyum Nowodworskiem; dyplom doktora medycyny otrzymał w Uniwersytecie Jagiell. r. 1847, po obronieniu dysertacyi na temat: »O napojach pod względem policyi lekarskiej«. W celu nabycia szerszej wiedzy praktycznej pozostał w klinice, mianowany jej asystentem. Będąc ostatnim asystentem prof. Brodowicza i pierwszym — prof. Dietla, łączył Dr. Stanisławski swoją asystenturą 2 odmienne epoki nauczania klinicznego w Krakowie.

Znakomicie wyposażony wiedzą praktyczną i teoretyczną, prze-

niósł się do Królestwa polskiego, a po załatwieniu formalności nostryfikacyjnych, osiadł w Sieradzu, gdzie, otoczony powszechnym szacunkiem i uznaniem, do tej pory pełni obowiązki swego zawodu. Dzięki nieskazitelnemu charakterowi i gorliwości obywatelskiej, powołano Dra Stanisławskiego do udziału we wszystkich miejscowych] instytucyach dobroczynnych, w których dotychczas przewodniczy z chlubą dla siebie, a pożytkiem dla bliźnich. Po za granicami swego zawodu Dr. Stanisławski poświęca się z zamiłowaniem archeologii: potrafił on wykryć i ocalić wiele zabytków z zamierzchłej przeszłości, cennymi okazami wzbogacił gabinet archeologiczny Uniw. Jagiell. i był inicyatorem i orędownikiem wystawy archeologicznej w Sieradzu, która odbyła się w r. 1883.

Jak wszystko, co szczere, prawdziwe i zasłużone, obchód jubileuszowy odznaczał się wyższym nastrojem ducha. W uroczystości jubileuszowei wzięły udział dzieci, niewiasty, wieśniacy, władze, obywatelstwo, bo działalność Dra Stanisławskiego obejmuje cały obszar społeczeństwa miejscowego, a w jego bogatej skarbonie uczuć lekarza filantropa zadłużyły się wszystkie warstwy społeczeństwa. Odpowiadając na przemówienia, które często wybiegały myślami po za granicę miejscowej uroczystości, wygłosił jubilat z wysokości swego życiowego doświadczenia głębokie myśli i przestrogi, które głównie ku młodszemu pokoleniu skierowywał.

Z Krakowa wziął udział w uroczystości Dr. Józef Szewczyk, przyjaciel jubilata i, jak on, asystent prof. Dietla. Uniwersytet Jagiell. nie zapomniał także o swym wychowańcu i wśród przeszło 100 telegramów był jeden, wielce oklaskiwany, który nadesłał, w imieniu Wydziału lekarskiego, dziekan prof. dr. Jordan.

Uroczystością jubileuszową wystawiło i sobie ciche nasze miasteczko chlubne świadectwo, że zdolne jest odczuć wdzięcznem sercem istotne zasługi swego współobywatela, który oby jeszcze długo żył i działał dla dobra bliźnich i na chwałę społeczeństwa. *X.*

* W Wiedniu zanosi się na wielki wiec lekarzy austryackich: pomimo wyczerpujących wyjaśnień, złożonych przez wiedeńskie władze sanitarne, napaście na lekarzy, z powodu przypadków dżumy w wiedeńskim szpitalu powszechnym, nie ustają. Lekarze wiedeńscy sądzą, że przez zwołanie wiecu i energiczne zaprotestowanie, położy się tamę oszczerstwom, uwłaczającym, co prawda, nie tyle lekarzom, ile prawdzie, sprawiedliwości i zdrowemu rozsądkowi.

* Dyrektor szpitala Franciszka Józefa w Wiedniu, Dr. Klimesch, przesłał prof. Roux podziękowanie za tak życzliwe przysłanie surowicy przeciwdżumowej, którą, jak wiadomo, przywiózł do Wiednia Dr. Marmorek.

Odpowiadając na tę depeszę dziękczynną, oświadczył] profesor Roux, że postąpił »w duchu tradycyi, przekazanej przez jego mistrza Pasteura i zadość uczynił uczuciu miłości bliźniego i solidarności naukowej itd.«. Warto przytoczyć te zacne słowa, by je zestawić z egoistyczną apologetyką prof. Behringa, którą rozwinął w obronie »patentu amerykańskiego» na swoją surowicę przeciwbłoniczą.

* Dżuma co raz więcej zakłada ognisk swego panowania: obok Bombayu i Mandżuryi, stwierdzono ją w Turkiestanie rosyjskim. Rząd wysłał ekspedycyę bakteryologów, a poruczenie sprawy zlokalizowania tej epidemii ks. Aleksandrowi Oldenburgskiemu, który już się udał na rozkaz cara do Samarkandy, przemawia za tem, że epidemia przybiera znaczne rozmiary.

— Bodaj czy nie pod wpływem obrad paryskiego Zjazdu w sprawie gruźlicy, rozpoczyna się w całej Europie żywy ruch, zmierzający do tworzenia zakładów (sanatoryów) dla suchotników. Dla wprowadzenia tej myśli w czyn wybrał Zjazd lekarzy z Prus wchodnich odrębną komisyę; we Wrocławiu zawiązał się komitet obywatelski, który rozporządza już kwotą 30.000 marek, złożoną przez bezimienną dobrodziejkę na rzecz zakładu, mającego powstać na Śląsku pruskim; w Barmen zawiązało się również podobne towarzystwo, któremu dwa miejscowe banki przyrzekły uczestniczyć w humanitarnej akcyi udziałami 10,000 i 20,000 marek; w Metzu zajęła się założeniem zakładu dla Alzacyi i Lotaryngii miejska Kasa chorych, a zmarła tam niedawno pani Blees zapisała na rzecz zakładu 150,000 marek; na Węgrzech upatrzono już stósowne miejsce pod budowę; w Finlandyi zamierza Towarzystwo lekarskie »Duodecim« utworzyć zakład na 50—60 chorych za fundusze, zebrane na udziały po 200 marek; w Petersburgu zaś zebrano już zapomocą składek na rzecz utworzenia zakładów dla gruźliczych dzieci 22,000 rubli.

— Za pośrednictwem Prezydyum Tow. lek. otrzymała Biblioteka: 1) Rozprawy Akademii Umiejętności. Wydział matem. przyrodniczy. S. II, Tom 13; 2) Szkice krytyczne z zakresu medycyny — Zygmunta Kramsztyka.

— Kol. Dr. P. Jasiński z Shenandoah w St. Zjednocz. Ameryki północnej nadesłał dla Biblioteki kilkanaście poszytów czasopism lekarskich polskich.

Łaskawym ofiarodawcom składam uprzejme podziękowanie.

— Panu Dr. filoz. Zygmuntowi Jaworskiemu, składam uprzejme podziękowanie za ofiarowane Bibliotece:

»Deutsche medicinische Wochenschrift«, Rocznik 1884.

»Koch's Jahresbericht üb... Gährungsorganismen«. T. V.

Doc. Dr. Stanisław Ciechanowski,
bibliotekarz Tow. lek. krak.

Mianowani: Doc. Dr. Mehnert, prof. nadzwyczajnym anatomii w Halli. Dr. Rabow — prof. farmakologii w Lozannie. Dr. Frey — prof. fizyologii w Zurychu.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Heidenreich, prof. chirurgii w Nancy. Dr. Bouchacourt, prof. położnictwa w Lugdunie. Dr. Terrillon, profesor chirurgii w Paryżu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Przeglądzie dentystycznym* Nr. 10: Dra Biernackiego E.: Cierpienia zębów jako pierwszy objaw cukrzycy. Dra Zielińskiego W.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów (c. d.). W *Medycynie* Nr. 44: Palmirskiego Wł.: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura. Dra Stępkowskiego Fr.: Przyczynek do etyologii ciąży zamacicznej. W *Kronice lekarskiej* (Zeszyt 20): Dra Strzemińskiego Ig.: Rozmiękczenie samodzielne gałki ocznej. Dra Brunnera J.: Najnowsze prądy w nauce o odporności (dok.). W *Gazecie lekarskiej* Nr. 44: Dra Majewskiego A.: Zapalenie gruczołu tarczykowego. Dra Sokołowskiego A.: Zmiany w górnym odcinku dróg oddechowych przy wadach zastawkowych serca (dok.). Pechkranza S.: Z kazuistyki nowotworów przysadki mózgowej (dokoń.). W *Zdrowiu* Nr. 158: Dra Polaka: O potrzebie wprowadzenia obowiązującego wykładu higieny w warszawskim instytucie politechnicznym. Dra Kowalskiego J.: Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów Uniwersytetu warszawskiego w świetle cyfr. W *Medycynie* Nr. 45: Dra Trumpowskiego A.: Uwagi o rozpoznawaniu klinicznem nerwic urazowych, oraz ich udawania (symulacyi). Dra Neugebauera Fr.: Rzadkie spostrzeżenia automatycznej rytmicznej czynności serca 14-tygodniowego płodu ludzkiego, aż 3 godziny po śmierci jego trwającej. W *Krytyce lekarskiej* Nr. 11: Dra Kramsztyka St.: O celu i zadaniu nauki. Dra Kramsztyka Z.: Stanowiska lekarzy w szpitalu. Dra Małagowskiego W.: Lekarz, jako biegły przed sądem karnym (c. d.).

Redakcya otrzymała:

— Dr. Nartowski: Dwa przypadki »Asthma uterinum«. (Odbitka, Warszawa, 1898).

— Prof. Dr. Wicherkiewicz: Oftalmologia na usługach nauk lekarskich. (Odbitka. Kraków. 1896).

— Tenże: Ueber recidivirende traumatische Hornhautneuralgie. (Odbitka, Wiedeń, 1898).

— Tenże: Meine Erfahrungen über das Protargol. (Odbitka, Stutgard, 1898).

— Dr. Landau J.: Somatose in der Kinderpraxis. (Odbitka, Wiedeń, 1898).

— Dr. Zawadzki Józef: Śmierć naturalna czy gwałtowna? utopienie czy uduszenie. (Odbitka, Warszawa, 1898).

— Dr. Higier: Jak się zachowują zmysły właściwe przy znieczuleniu twarzy? przyczynek do kliniki *haemianaesthesiae cruciatae* wskutek jednostronnego porażenia opuszkowego postaci udarowej. (Odbitka, Warszawa, 1898).

— Tenże. W kwestyi etyologii i istoty nerwic czynnościowych. (Odbitka, Warszawa, 1898).

— Tenże: Histerya u kota i kanarka. (Odbitka, Warszawa, 1898 rok).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków, 19. Listopada 1898. Nr. 47.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. O ranach serca.

Wykład wygłoszony przy otwarciu półrocza zimowego 1898/99 w lwowskiej klinice chirurgicznej

przez

Prof. Rydygiera,

c. k. Radcę Dworu.

Szanowni Panowie! Nie mogę rozpocząć naszych wykładów bez wyrażenia żalu, smutku i oburzenia z powodu zbrodni, dokonanej na Najdostojniejszej Naszej Cesarzowej i Królowej Z ludami Austryi cały świat współczuje z najukochańszym naszym Monarchą, nietylko z powodu utraty najlepszej Pani, ale utraty tak tragicznej! — Jeżelić wszyscy czują potrzebę wyrażenia swych uczuć Najjaśniejszemu Panu, to tem większy obowiązek i tem większe prawo my mamy tutaj, w klinice chirurgicznej. Wszakże to było największą przyjemnością, niemal potrzebą życia Serdecznej tej Pani koić cierpienia nieszczęśliwych i chorych, a czy nie jest to i kliniki naszej pierwsze zadanie? Rana zadana Sercu najwznioślejszemu, najlepszemu zakończyła życie Najjaśniejszej Pani, a chirurgia stoi pochylona i, roniąc łzy nad niepowetowaną stratą, biada: „czemużem nie mogła uratować najdroższego tego życia, czemu nie mogłam utrzymać towarzyszki, podpory Najlepszemu Panu! Tyle mnie wychwalają, że jestem tak można, że tyle ofiar śmierci wydzieram, czemuż nie mogłam jej wydrzeć tej jednej, najdroższej“! — A anioł śmierci nachyla się jej do ucha i rzeknie: potężna jesteś, wielka twa siła i słusznie Cię wielbią, ale Bóg silniejszy; nie twoja niemoc, a wola Boska pozwoliła zgasnąć temu światłu, bez cierpień. — A więc mam tę moc i siłę nawet w serce ugodzonym uratować życie? — Masz ją za prawdę! Masz ją! odpowiadamy z dumą i my adepci tej wzniosłej nauki, tej sztuki nieporównanej.

Nieubliży to wielkiemu naszemu smutkowi, ani zmniejszy jego tkliwość, jeżeli na pierwszej tej lekcyi, która cała poświęcić chciałbym oddaniu hołdu ś. p. Najjaśniejszej Pani i okazaniu współczucia i miłości naszemu Monarsze, zastanowimy się bliżej nad ranami serca i ich leczeniem, azebyście Panowie i w rzadkich tych przypadkach umieli sobie, nie tracąc głowy, radzić.

Rany serca znano w najdawniejszych czasach, uważając je za sprowadzające niechybną i natychmiastową śmierć. Już Homer opisuje, jak Idomeneus wbija włócznię Alkathoosowi w serce, które drgając, poruszało koniec pocisku (ἥ ῥά οἱ ἀσπαίρουσα καὶ οὐρίαχον πελέμιζεν ἔγχεος); a Hippokrates uważa rany serca zarówno z ranami pęcherza, mózgu, jelit i wątroby za niewątpliwie śmiertelne. Ileż się to od tego czasu zmieniło? jak olbrzymie postępy chirurgia nasza od tego czasu zrobiła? Ani rany mózgu, ani jelit, ani wątroby nie muszą dzisiaj zakończyć się śmiercią, ale nawet rany serca nie stanowią już niedostępnego pola dla pewnej a śmiałej ręki chirurga od czasu, jak Farina, Cappelen i Rehn zdołali szwem, założonym na serce, ranę zamknąć i krwotok zatrzymać. Pierwszym dwom chorzy pomarli w kilka dni po operacyi z przyczyn pobocznych. Rhena operowany wyzdrowiał zupełnie i pierwszy to przypadek, w którym czynny zabieg chirurga zdołał uratować życie ugodzonemu w serce. Znane były nam już i przedtem przypadki zranienia serca, które bez wszelkiego zabiegu czynnego zakończyły się szczęśliwie i zadawały kłam staremu zapatrywaniu, jakoby wszystkie rany serca musiały się zakończyć śmiertelnie.

Najrozmaitsze przyczyny wywołać mogą obrażenia serca: znamy rany kłóte, cięte i postrzałowe, a nawet rany powstałe wskutek urazu tępego. Zdarza się bowiem, że po silnem zadziałaniu przedmiotu tępego serce pęka bez głębszego uszkodzenia klatki piersiowej, a po spadnięciu z znaczniejszej wysokości całe serce może się nawet oderwać.

Nasz rodak Talko opisuje taki przypadek, w którym żołnierza uderzył koń kopytem, skutkiem czego śmierć nastąpiła 6-go dnia, a przy badaniu pośmiertnem znaleziono prócz złamania 4 i 5 żebra, także poziome rozdarcie lewej komórki serca.

Ciekawe są też przypadki, jakie opisują Karliński, Hicquel i inni, gdzie ściana serca była na wylot przedziurawiona, a osierdzie, wypełnione krwią, nie miało żadnego otworu i kulę znaleziono na zewnątrz osierdzia. Powstanie tego obrażenia można sobie tylko tak wytłómaczyć, że kula już w słabym pędzie (matte Kugel) uderza elastyczne osierdzie i wciąga je za sobą do miąższu serca, a po zupełnem wyczerpaniu siły kuli, osierdzie, wracając dzięki swej elastyczności na dawne swe miejsce, wyciąga kulę z rany serca; osierdzie zaś pozostaje nieprzedziurawione

Do bardzo rzadkich wydarzeń zaliczyć należy uszkodzenia serca skutkiem zadziałania od wnętrza klatki piersiowej, jak np. połkniętemi igłami lub innemi podobnemi ciałami.

Rozumie się samo przez się, że każdy odcinek serca może być uszkodzonym. Największą ciekawość budzą te rany, które przedziurawiają całe serce, a nie otwierają żadnej z jam. Rany te przebiegają w przegrodach. Do najniebezpieczniejszych policzyć należy te, które przecinają jednę z tętnic wieńcowych. Tak pouczyły piękne doświadczenia Bodego. Najlepiej rokować pozwalają rany zewnętrznej powierzchni serca. Bez zadziałania gwałtu zewnętrznego pęka tylko bardzo zmieniony mięsień serca.

Objawy, występujące po zranieniu serca podam tylko w krótkim i w zwięzłym zarysie, znaleźć je bowiem można

opisane w każdym podręczniku. Są one bardzo różnorodne. Najczęściej bywa tak, że raniony w serce pada trupem na miejscu, i ztąd pochodzi, że tak uboga jest kazuistyka ran serca podczas wojny. Kiedyindziej dzieje się tak, że zraniony zrazu traci świadomość i omdlewa, wnet jednak przychodzi do siebie. Bywają jednak i takie przypadki że zraniony nie wie o tem wcale, iż ma ranę w sercu i z tym bujnym zarodem śmierci w piersi zdąży jeszcze przebyć nie małą przestrzeń drogi. Dopiero później powolnie rozwijające się objawy zapalenia osierdzia i płuc lub nagłe, niespodziewane zejście śmiertelne pozwalają ocenić znaczenie zadanej rany. Taki przypadek opisuje Rose: pewien kupiec umiera nagle, bez jakichkolwiek poprzedzających, mogących zaniepokoić objawów. Podczas sekcyi znaleziono igłę, która przebijała całą grubość ścianek prawej komory i jednym końcem wysterczała do worka osierdziowego, przepełnionego krwią. Dokładne wywiady wykazały, że człowiek ten przed 3 dniami doznał nagle kłójącego bólu w okolicy serca, na co jednak nie zwrócił pilniejszej uwagi. Wieczorem tego samego dnia zauważył, że znikła mu była igła, którą da wniej wetknął w koszulę.

Zwykle jednak bywa tak, że zranieni przedstawiają objawy ciężko chorych: skóra blada pokrywa się zimnym, lepkim potem, oddech utrudniony i powierzchowny, znaczna duszność, tętno drobne, szybkie, przepuszczające

Przy opukiwaniu znajdziemy raz obraz stłumienia bezwzględnego zwiększony (krwistek w osierdziu), kiedyindziej stłumienie serca znika zupełnie (odma osierdzia), a zależy to od tego, czy równocześnie z sercem zostało płuco uszkodzone, czy też nie. Przy osłuchiwaniu stwierdzano przeróżne tony i szmery, z których zwłaszcza metaliczne, dmuchające lub pluskające mają być dla tego rodzaju zranień charakterystyczne. W pojedynczych przypadkach słyszano już te szmery na pewną odległość od chorego. Krew wylewająca się z rany, pochodzić może z samego serca lub z równocześnie uszkodzonych naczyń ścian klatki piersiowej *(art. mammaria int., thoracica longa* itp.). Tkanka podskórna w najbliższem sąsiedztwie rany bywała niekiedy odęta powietrzem, gdy równocześnie płuco uległo zranieniu. A że to ostatnie powikłanie wcale nierzadko współistnieje, więc też względnie często notowano *pneumo*, i *haemothorax*. Jednym z główniejszych objawów zranienia płuc bywa odkrztuszanie krwi. Nie potrzeba chyba kłaść na to szczególnego nacisku, że równoczesne uszkodzenie płuc zwiększa tylko duszność.

Wyjątkowo spostrzegano połowicze porażenie ciała, wywołane zatorem w naczyniach mózgu, pochodzącym z serca.

Z objawów występujących później, wyszczególnić należy zapalenie osierdzia, wsierdzia i opłucnej. Śmierć nastąpić może jednak i skutkiem zmian dalszych w samym mięśniu sercowym, przewlekłej niedokrewności, obrzęków, białkomoczu i t. d. Ciała obce, które od czasu wypadku pozostawały w sercu, mogą stany te podtrzymywać, chociaż z drugiej strony znane są wypadki, gdzie ciała takie i to wcale nie drobne, bo kule, leżały w sercu 6, 20, ba nawet 30 lat, nie sprowadzając szkody dla chorego (Latour, Hamilton i in.)

Rozpoznanie ran serca natrafia czasem na znaczne trudności. Wyżej wymienione objawy, obok dokładnych wywiadów, szczególnie dotyczących siły i kierunku działającego gwałtu, doprowadzą nas w większości przypadków do pożądanego celu. Nie mogę się jednak zgodzić ani z Rehnem ani ze Sendlerem, którzy na ostatnim Kongresie chirurgów niemieckich doradzali sondowanie rany, aby się w rozpoznaniu upewnić. Bo i cóż przez to osiągamy? Wypukiem, osłuchiwaniem, dokładnem rozważeniem umiejscowienia i przyrody rany, dostatecznie pewnie możemy stwierdzić, czy osierdzie jest zranione, czy też nie. A o tem, czy serce równocześnie jest uszkodzonem i, o co nam głównie przed przystąpieniem do operacyi chodzić będzie, nigdy i w żadnym razie zgłębnikiem się nie przekonamy. Przyznać zaś musimy, że wprowadzenie do rany zgłębnika, choćby jak odkażonego, nie jest bez niebezpieczeństwa. Bo jakkolwiek operujemy narzędziem wyjałowionem, to operujemy w polu dokładnie odkazić się nie dającem. Pomijając już samo otoczenie rany, nigdy z czystem sumieniem twierdzić nie możemy, że w samym kanale, zwłaszcza po ranach postrzałowych, nie tkwią pojedyńcze bakterye, jak to wykazały pilne i przekonywujące badania Müllera, Kollera, Karlińskiego i in. Te drobnoustroje możemy na zgłębniku przenieść w głąb aż do jamy osierdziowej. Nadto rozerwać możemy zlepione już może, blaszki opłucnej i następowo zwiększyć odmę piersiową. Rose *(Deutsche Zeitschrift für Chir. XX. p. 336)* opisuje przypadek, w którym właśnie skutkiem badania zgłębnikiem rany postrzałowej poczęło z niej krwawić. Zaniechać zatem należy sondowania, bo nietylko do celu nie prowadzi, lecz nadto jest niebezpiecznem.

Leczenie do niedawnych czasów ograniczało się do opatrzenia rany, położeniu worka z lodem na okolicę sercową i zachowaniu się spokojnem chorego. Łatwiej jednak lekarzowi zalecać choremu bezwzględny spokój, niż choremu uczynić zadość temu zaleceniu Jakżeć bowiem może być spokojnym, kiedy go dręczy śmiertelna trwoga i ciągła duszność! Więc rzuca się niespokojnie, zmienia ciągle położenie i wszystkie mięśnie wytęża, byle zachwycić nieco więcej ciągle mu brakującego powietrza. W takich przypadkach wskazaną jest morfina w małych dawkach, mimo drobnego tętna. Z podawaniem środków pobudzających należy być bardzo ostrożnym, gdyż i tak najczęściej nie na wiele się przydają, a gdy przypadkiem zadziałają, to tylko szkodzą i serce pobudzone do wydatniejszych skurczów tem obficiej wylewa ze siebie krew przez ranę, już to na zewnątrz, już to do worka osierdziowego. A w obu razach niebezpieczeństwo równie groźne. Wielka to zasługa Rosego, że na tę okoliczność szczególniejszą zwrócił uwagę, jakkolwiek już przed nim i Cohnheim o tem wiedział. Mianowicie Rose stwierdził, że krew, gromadząca się w worku osierdziowym, coraz mocniej uciska na serce, aż ono w końcu przestaje się kurczyć. Stan ten nazwał on tamponadą serca (Herztamponade), określenie bardzo nieszczęśliwie dobrane, bo wszystko inne oznaczać może, tylko nie to, co ma określać.

Ażeby zmniejszyć parcie krwi w sercu i w ten sposób stworzyć korzystne warunki do zalepienia się rany lub zatkania jej skrzepem, zalecano obfite upusty krwi, w ilości takiej, aby pozostała reszta wystarczała zaledwie do podtrzymania życia. Takie znaczne obniżenie parcia ościennego krwi w sercu i naczyniach może rzeczywiście stanowić czynnik korzystny, ustać może krwawienie, jak to spostrzegamy przy krwotokach po omdleniu chorego. Ale gdzież tu miara dla ilości odpuścić się mającej krwi? któż będzie miał dość

odwagi, aby dalej pozbawiać krwi człowieka już na pół omdlałego i już pławiącego się we własnej krwi? I mimo gorących zaleceń Dupuytrena i zapewnień doświadczonego Rosego, że fala tętna staje się wyższą i pełniejszą, a krwawienie z samej rany serca się zmniejsza podczas upustu krwi ze żyły, chyba nader wyjątkowo ucieklibyśmy się do tego środka. A nie wyrzekamy się go zupełnie, gdyż czytając opisy Rosego, odnosi się wrażenie, jakoby takie upusty krwi ze żyły u niektórych chorych rzeczywiście były czynnikiem ratującym życie.

W podręczniku moim, wydanym w r. 1893, zwracam już uwagę, że w odpowiednich przypadkach jedynie racyonalnem postępowaniem byłoby założenie szwu na ranę serca. W przypadkach, w których narzędzie uszkadzające tamponuje równocześnie ranę przez się zadaną, nie prędzej przystąpićby należało do jego wydobycia, ażby wszystko do szycia serca nie zostało przysposobionem. Bo przecież śmiercionośne żelazo, pozostawione w dzielnem sercu Epaminondasa, tak długo powstrzymywało śmiertelny krwotok, póki nie nadeszła wieść o sławnem zwycięztwie pod Mantineą, a Julian Apostata skonał dopiero wówczas, kiedy zawoławszy: „Gallilee vicisti", wyrwał z serca zabójczą broń.

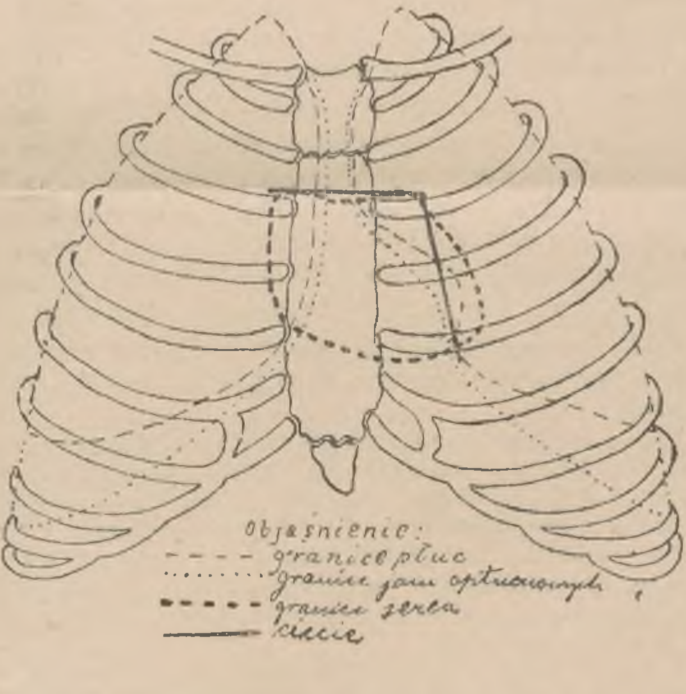
Od czasu, kiedy Rehnowi udało się przez założenie szwu na ranę serca uratować życie tak zranionemu, zrobiliśmy wielki krok naprzód. Przyszłość jednak dopiero pouczy nas, jakie zranienia w ten sposób czynnie leczone, pozwolą spodziewać się pożądanego wyniku.

Aby zabieg ten możliwie bezpiecznym, pewnym i łatwym w wykonaniu uczynić, na zwłokach ludzkich wypróbowałem technikę. Pierwszym warunkiem, jaki spełnić musimy, jest szerokie otwarcie osierdzia, bez równoczesnego zranienia opłucnej. Gdyż przystęp do serca musi być zupełnie swobodnym; nie tajno bowiem, że operacya jest trudna. Riedel opisuje wrażenie silne, jakiego doznał, kiedy po otwarciu osierdzia u postrzelonego, wtargnęło w nie powietrze, które gwałtownymi ruchami serca, zmięszane z płynem w worku się znajdującym, utworzyło pianę, która nieustannie wylewała się na zewnątrz i zalewała klatkę piersiową. A przecież Riedelowi byle jaka niespodzianka podczas operacyi nie zdoła zaimponować!

Wypiłowanie jednego (Rehn radzi V-go) lub dwóch (Riedel IV i V) żeber jest stanowczo niewystarczającem. Rehn opisuje, że za każdym skurczem rana prawej komory chowała się pod mostek tak, że mógł szyć tylko w chwili rozkurczu. Tak samo nie może zadowolnić cięcie Del Vecchioa, bo on pozostawia mostek nietkniętym. Znacznie lepiej odsłania serce metoda Podresa, który tworzy płat skórno-kostny, zawierający także lewą połowę dolnej części mostka i chrząstki III. do VI. żebra. Podstawa płatu położoną jest z boku i odchyla się go na lewo. I ten sposób ma jednak swoje strony ujemne. Przepiłowywanie mostka na dwie połowy jest zabiegiem żmudnym i dużo czasu wymagającym, a jeśli gdzie, to tu dużo na pośpiechu zależy. Nadto dostęp do prawej połowy serca jest prawie tak trudnym, jak i w poprzednich metodach. Niewygodnem jest również odchylanie płatu w lewą stronę, gdyż tak utrudniamy sobie dostęp do ewentualnie równocześnie zranionego lewego worka opłucnowego, którego ranę należałoby rozszerzyć.

Już przed kilkoma laty opisałem trójkątny płat skórno-mięśniowo kostny wytworzony z bocznej ściany klatki piersiowej dla uprzystępnienia sobie ran przepony (*Wiener klin. Wochenschrift 1892, Nr. 50*). Gdy płat ten przesuniemy ku linii środkowej ciała tak, aby zawierał w sobie całą szerokość mostka i chrząstki III, IV i V, a ewent. także VI żebra, stwarzamy sobie zupełnie swobodny dostęp do worka osierdziowego i do serca. Stosunek worka osierdziowego do opłucnej jest bardzo zmienny, jak to wynika z bardzo obszernej pracy Wojnicz-Sianożeńskiego. Mimo jednak tych niestałych stosunków zawsze uniknąć możemy otwarcia jam opłucnowych, jeżeli tylko to tymczasowe wypiłowanie żeber i mostka z dostateczną wprawą i ostrożnością wykonywać będziemy, a w szczególności kiedy żebra i mostek przecięte zostaną podokostnowo i gdy w dalszym ciągu operacyi ściśle trzymać się będziemy wewnętrznej powierzchni kości. Nawet tętnicy sutkowej wewnętrznej nie potrzeba podwiązywać. Szczęśliwym trafem rozporządzałem raz w swych doświadczeniach zwłokami ze znacznym wysiękiem osierdziowym, a i w tym przypadku łatwo wytworzyłem i odłożyłem swój płat bez najmniejszego obrażenia osierdzia lub opłucnej.

Cięcie poziome prowadzę tuż ponad górnym brzegiem III żebra poprzecznie ponad mostkiem. Cięcie to na prawo



i na lewo przekracza linię przymostkową, w większym stopniu na lewo. Cięcie drugie przebiega ukośnie ku dołowi mniej więcej na granicy przejścia chrząstek żebrowych w kość od lewego końca cięcia pierwszego poczynając aż do dolnego brzegu V-go żebra. Teraz ostrożnie szeroką skrobaczką i podważką usuwam okostnę na mostku w linii cięcia skórnego i przecinam kość nożycami, dłutem lub piłeczką. W ten sam sposób przecinam chrząstki żeber od III do V-go w linii drugiego cięcia. Unosząc następnie ostrożnie płat w górę, przecinam i usuwam nożyczkami i skrobaczką, trzymając się ściśle wewnętrznej powierzchni kości, napinające się włókna tkanki łącznej i mięśni, póki nie uwolnię całej wewnętrznej powierzchni tego trójkątnego płatu. Jeżeliby odchylenie płatu w stronę prawą natrafiało na tru-

dności, możemy sobie pomódz przecinając od wewnątrz chrząstkę VI-go żebra, lub odpowiednio pomagając sobie na miejscu zagięcia się płatu. Po odłożeniu płatu na stronę prawą, zyskujemy zupełnie swobodny dostęp do worka osierdziowego, który teraz możemy szeroko otworzyć. Tem, sądzę, zapobiegniemy opisanemu przez Riedla pienieniu się krwi i szybko zoryentujemy się w położeniu, co też jest rzeczą nie małej wagi. Doświadczenie dopiero wykaże, czy ta metoda w spokoju i bez troski pomyślana i na zwłokach wypróbowana, równie dobrą będzie w godzinie trwogi i nieszczęścia.

II. O tak zwanem „wrzodliwem zapaleniu gardła“ (*angina ulcerosa*) i jego rozróżnieniu od błonicy.

Podał
Doc. Dr. Jan Raczyński.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

Widzimy z tego pobieżnego opisu, że sprawy dzięgnowe, bez względu na umiejscowienie, przebiegają mniej więcej w jednaki sposób, że w przypadkach typowych objawy wrzodliwego zapalenia gardła są dość znamienne, a wtedy i odróżnienie od błonicy już z samego przebiegu nie przedstawi większych trudności; jednakże, z drugiej strony, jak to stwierdzają wszyscy autorowie, często dzięgna nie posiada cech tak wybitnie swoistych, aby pomyłka była niemożliwą. Prawdopodobnie nie jeden klinicysta spotykał się z tą postacią dzięgny usadowionej na migdałkach i, przy niewielkiem nawet doświadczeniu, zdawał sobie sprawę z niezwykłego w tym razie przebiegu, a jednak, nie znając przyrody cierpienia, podciągał je pod pojęcie błonicy z odmiennym od zwykłych przypadków przebiegiem. Bernheim i Pospiszil powiadają:[1]) „ist doch eine ganze Reihe der von uns beobachteten Fälle mit der Diagnose Diphterie zu uns geschickt worden“, a jako przykład prawdziwości tego twierdzenia, pozwolę sobie przytoczyć szczegółowiej jeden z naszych przypadków:

Dnia 15 lutego b. r. zgłosiła się do sali przyjęć krakowskiej kliniki chorób dzieci Z., opowiadając o swej 3-letniej córeczce Annie, że gorączkuje od dwóch dni, że z trudnością przełyka, a przy połykaniu skarży się na bóle, że zawezwany lekarz rozpoznał »dyfteryę« i z tego powodu odesłał ją do szpitala. Przy badaniu w ambulatoryum kliniki stwierdzono rzeczywiście pokłady na obu migdałkach, potwierdzono więc rozpoznanie co do błonicy i przydzielono dziecko na odpowiedni oddział szpitala św. Ludwika.

Dnia 15. lutego wspólnie z Drem Grażyńskim, sekundaryuszem oddziału, stwierdziliśmy u dziecka licho odżywionego, bladego, ze zmianami w kośćcu po przebytej krzywicy, niegorączkującego, powiększenie gruczołów chłonnych podszczękowych. Błona śluzowa gardła silniej zaczerwieniona, a na obu, już prawdopodobnie poprzednio do wielkości orzechów powiększonych migdałkach, pokłady: na prawym wielkości halerza, na lewym więcej podłużnego kształtu, barwy żółtawoszarej, jakby rozpadające się. Na podstawie tego badania rozpoznano błonicę, zaliczając ten przypadek, ze względu na obecność znaczniejszych objawów zapalnych w okolicy (silne zaczerwienienie błony śluzowej) i na wejrzenie pokładów, do postaci błonicy pierwotnej, mięszanej, przypuszczając obok prątków Löfflera współudział paciorkowca. Ze względu na rozległość zmian i 3 dzień trwania choroby, zastosowano 2.000 jednostek surowicy Bujwida.

Dnia następnego zauważono, że pokłady przybierają cechę owrzodzeń, że stają się głębsze, a dno ich więcej brudne, że z ust cuchnie, że gruczoły obrzmiewają, a dziecko mimo to zupełnie swobodne; zważywszy to wszystko razem, a mając w pamięci pracę Bernheima, należało się zapytać, czy nie mamy do czynienia z wrzodliwem zapaleniem gardła (*angina ulcerosa*)? Zwrócono więc przedewszystkiem uwagę na stan dziąseł, ale te, prócz większego może zaczerwienienia brzegów, nie okazywały zmian dzięgnowych; następnie, zebrawszy z dna owrzodzenia trochę wydzieliny, jedną część zaszczepiono na agarze glicerynowym i surowicy i odstawiono do termostatu, drugą, roztartą między dwa szkiełka i odpowiednio zabarwioną, badano pod drobnowidem.

Już to badanie drobnowidowe było wystarczającem do zmiany rozpoznania, potwierdzonej w zupełności dalszym przebiegiem choroby. Obraz drobnowidowy przedstawiał bowiem prawie czystą hodowlę prątków, przypominających błonicze, jednak grubszych, na obu końcach zaostrzonych, a obok tego gromadki słabiej zabarwionych, cieńszych niż prątki, jednak dłuższych, śrubowato skręconych krętków, nadto miejscami różnego rodzaju kokki.

Wobec tego wyniku badania można było, idąc drogą wskazaną przez Bernheima, nie czekać na wynik hodowli bakteryologicznych, lecz rozpoznanie zmienić i stwierdzone na migdałkach zmiany uważać za zapalenie gardła wrzodliwe (*angina ulcerosa*). Równocześnie należało też zmienić leczenie: podać wewnętrznie chloran potasowy i zastosować pędzlowanie z nalewki jodowej.

Dzień następny (17. Lutego) przyniósł dalsze dowody słuszności naszych zapatrywań; przy wizycie porannej zauważono bowiem nieznaczne owrzodzenia na brzegach dziąseł szczęki dolnej, w okolicy zębów siecznych; zmiany na migdałkach przybrały jeszcze wybitniejszy charakter wrzodziejący. Zupełnie zgodnie z przypuszczeniami wypadł też i wynik badania zaszczepionej dnia wczorajszego hodowli; stwierdzono, że ani na agarze, ani na surowicy niema zupełnie prątków Löfflera, że skąpo znajduje się gronkowiec, zaledwie kilka kolonij paciorkowca.

Stan ogólny dziecka, podobnie jak w dniach poprzednich, zupełnie pomyślny.

Dalszy przebieg nie przedstawiał nic godnego szczególniejszej uwagi. Opisane powyżej zmiany ustępowały dość szybko pod wpływem teraz zastosowanego leczenia tak, że dnia 26 Lutego dziecko, uleczone, opuściło szpital.

Jak widzimy, przypadek nasz jest typowym przykładem dla potwierdzenia wyżej wyrażonych zapatrywań. — A więc liczyć się musimy przy rozróżnianiu błonicy z tem, że nowy ten obraz chorobowy istnieje; pamiętać nam należy, że przybywa jeszcze jedna sprawa chorobowa, mająca z początku pewne podobieństwo do błonicy, a jednak z powodu odmiennej etyologii i innego dalszego przebiegu i zejścia, tak wielce od niej różna. Zasada bowiem, którą się obecnie kierujemy w rozróżnianiu spraw, dawniej ogólnem mianem „dyfteryi“ i „krupu“ obejmowanych, uległa znacznej zmianie. Podobnie jak wykrycie prątka gruźliczego przyczyniło się do stanowczego wyodrębnienia promienicy, dotychczas za gruźlicę uważanej, tak też, dzięki odkryciu prątka Löflera, wydzieliliśmy najpierw błonicę czystą, t. zw. pierwotną, a dzięki dalszym badaniom i inne obrazy chorobowe. Opuściliśmy dziś w końcu zupełnie pierwotne stanowisko, wskazywane dawniej klinicznemu rozpoznaniu błonicy przez anatomię patologiczną. Podczas bowiem gdy anatom nazywa błonicą sprawę zapalną ze złożeniem wypociny włóknikowej wgłąb tkanki[1]), bez względu na to, czy ta zmiana wywołaną została zadziałaniem tego lub owego drobnoustroju, czy nawet przyszła do skutku pod wpływem bodźców termicznych, czy środków chemicznych, to klinicysta musi zwracać uwagę i na te szczegóły, ściśle je odróżniać, zależnie bowiem

[1]) l. c. str. 436.

[1]) Zwykle dodajemy jeszcze »prawdziwą« lub »pierwotną«, chociaż przyjęło się już powszechnie, że przez błonicę (*diphterie*) rozumiemy właśnie sprawę, polegającą na obecności prątków Löfflera, a inne sprawy nazywać możemy »błonicowatemi« (*diphteroide*).

od etyologii sprawy błoniczej (w anatomicznem znaczeniu tego pojęcia) inaczej rokuje i inaczej leczy.

To stanowisko zajmują wprawdzie klinicyści od dawna; nie znając jeszcze drobnoustrojów ani różnicy etyologicznej między sprawami z udziałem i bez udziału prątka Löfflera, wyróżniali przecież dawno błonicę pierwotną (prawdziwą) od owej postaci, spotykanej w przebiegu płonicy. Dzisiejsze środki pozwalają pójść dalej i pojęcie anatomiczne błonicy rozdzielić na kilka pojęć, na kilka samodzielnych jednostek, znamionujących się samoistną etyologią, swoistymi drobnoustrojami, odrębnym przebiegiem, właściwemi powikłaniami, często swoistem leczeniem.

Nie tu miejsce na szczegółowe rozpatrywanie tych spraw ważnych nie tylko z teoretycznego punktu widzenia, pokrótce więc tylko wspomnę, że przy pomocy nowoczesnych środków badania klinicysta odróżnia:

a) błonicę[1]), polegającą na obecności prątków Klebs-Löfflera, cechującą się klinicznie nalotami barwy szaro-białej aż do brudno-szaro-żółtej, które są jakby nasadzone na bardzo mało zmienioną bladoróżową błonę śluzową. Postać ta przebiega najczęściej bez gorączki, lub przynajmniej bez większych wzniesień gorączkowych, bez bólów przy połykaniu, prowadzi często do powikłań ze strony krtani (błonica krtani, dawniej „krup“), sprowadza czasami porażenia już w okresie ozdrowienia. Niekorzystne zejście następuje w tej postaci albo wskutek mechanicznej przeszkody w oddechaniu (gdy błony zajmą krtań, tchawicę, oskrzela), lub też wskutek porażenia serca, nie mówiąc oczywiście o powikłaniach i chorobach następowych. Jasnem jest, że w danym przypadku przebieg kliniczny zależnym będzie od wielu warunków, przedewszystkiem zaś od ciężkości zakażenia, a w ten sposób powstanie cały szereg obrazów klinicznych, począwszy od postaci lekkich, poronnych, aż do postaci ciężkich, t. zw. posokowatych, które najczęściej polegają już wprawdzie na zakażeniu mięszanem, ale mogą być również wywołane samym prątkiem błoniczym.

b) Zupełnie innym przebiegiem odznacza się sprawa chorobowa, polegająca na obecności paciorkowca; typowym jej przykładem jest sprawa błonicowata, towarzysząca płonicy. Znamionują tę postać wysoka gorączka, duże bóle przy połykaniu, obrzęki a czasem i ropienia gruczołów chłonnych okolicznych, czasami zapalenia tkanki podskórnej szyi. Przy badaniu gardła uderza silne zaczerwienienie i nastrzykanie błony śluzowej; błony wrzekome, najczęściej żółte, stanowią jakby pokład na dnie owrzodzenia. Postać ta prowadzi często do zakażenia ogólnego paciorkowcem, a śmierć nastaje wśród objawów posocznicy.

Rzadziej się przydarzają i mniej dokładnie są opisane sprawy chorobowe: *c*) polegające na obecności gronkowca, *d*) na obecności prątka okrężnicowego (bact. coli commune), odznaczająca się długotrwałym przebiegiem, *e*) opisana przez Jaccouda sprawa chorobowa, wywołana obecnością pneumokoków, przebiegająca z wysoką gorączką, anatomicznie zbliżona do krupu. Jako ostatnią postać uważać-byśmy musieli opisane powyżej wrzodliwe zapalenie gardła (*angina ulcerosa*).

Na niej kończyłby się dziś ten szereg spraw, którebyśmy nazwać mogli sprawami błonicowatemi czystemi, lub pojedynczemi. Musimy jeszcze zastanowić się nad temi sprawami, w których, obok prątka Löfflera, biorą udział inne drobnoustroje. Już przy zwykłem badaniu bakteryologicznem przypadków pierwotnej błonicy, bardzo często stwierdzić można (zwłaszcza jeśli szczepiliśmy na agarze glicerynowym) obok prątków Löfflera obecność paciorkowców i gronkowców. Wprawdzie obecność tych drobnoustrojów nie zawsze świadczyć musi o czynnym ich udziale w sprawie chorobowej, a znaczenie drobnoustrojów towarzyszących jest dotąd przedmiotem badań i poszukiwań, to jednak nie da się zaprzeczyć, że drobnoustroje te niejednokrotnie biorą udział w rozwoju i przebiegu choroby, — innemi słowy, w pewnych przypadkach przychodzi do skutku zakażenie mięszane. Nie wdając się w dalsze roztrząsanie tej, dotąd będącej przedmiotem sporów sprawy, zaznaczę, że już sam przebieg kliniczny, bez badania bakteryologicznego, pozwala nieraz wnosić, iż w danym razie, obok prątków błoniczych, wchodzą w grę i inne drobnoustroje, i że obraz chorobowy zależnym jest od przewagi jednego z drobnoustrojów.

Dotychczasowe badania wykazały, że najczęściej obok prątka Löfflera znajdują się wymienione drobnoustroje ropotwórcze; obok tych znacznie rzadziej może wchodzić w grę prątek okrężnicowy, *proteus*, wreszcie, jak to już Bernheim wspomina, jego drobnoustroje charakterystyczne dla wrzodliwego zapalenia gardła.

Nasuwa się pytanie, czy podział tego rodzaju potrfia zadowolnić klinicystę, nierozporządzającego pracownią bakteryologiczną? innemi słowy: czy ma on praktyczne zastósowanie? Aby na to pytanie odpowiedzieć, musimy się cofnąć wstecz do czasów, w których rozpoczynano w klinikach bakteryologiczne badania gardła, a prątek Klebs-Löfflera zaczął sobie wywalczać znaczenie. Początkowo, jak to wynika z wielu pierwszych doniesień, zdawało się, a odniosłem sam to wrażenie, kiedy badałem bakteryologicznie (w roku 1894) pierwsze przypadki błonicy, że przyjęcie prątka Löfflera za drobnoustrój swoisty błonicy nie tylko z praktycznego punktu widzenia nie ułatwi zadania lekarza, lecz że przeciwnie, wprowadzi nowe pojęcia, oparte na rozpoznaniu bakteryologicznem i tylko na niem tak, że lekarz, nierozporządzający tymi środkami, nigdy nie zdoła rozpoznać na pewno błonicy. W miarę jednak tego, jak rosła liczba badań bakteryologicznych nabywało się przez porównanie wyniku badania z przebiegiem choroby doświadczenia, a z tem przyszło i przekonanie, że w przeważnej części przypadków badanie bakteryologiczne dla celów rozpoznawczych jest zbyteczne. Jeżeli bowiem wykluczymy rzadko przydarzające się przypadki, pozostanie tylko wyróżnienie błonicy od sprawy błonicowatej, polegającej na obecności paciorkowca, a właśnie między przebiegiem klinicznym tych dwóch spraw zachodzą najwybitniejsze różnice. Nie da się jednak zaprzeczyć, że w pewnym odsetku przypadków rozpoznanie ściśle bez badania bakteryologicznego jest niemożliwe, a w tych przypadkach, nasuwających poważne trudności, nie rozporządzając odpowiednią pracownią nie pozostaje nic innego, jak

[1]) Nie wdaję się w streszczanie wyników nowszych badań nad anatomią zapalenia błonicowatego i włóknikowego, z którychby wynikało, że anatomiczne pojęcie obu tych postaci w dawnem jego znaczeniu utrzymać się nie da i powinno uledz pewnym zmianom, sprawa ta bowiem nie jest jeszcze załatwioną i znajduje się w okresie sporów, których przytaczanie zadalekoby nas doprowadziło.
Bliższe szczegóły Lubarsch: *Neueres zur Entzündungslehre.* (*Deutsche med. Wochenschr.* 32. 33. 1898).

wyczekując wskazówek rozpoznawczych z dalszego przebiegu choroby, nie zaniedbać leczenia surowicą, oczywiście jaknajwcześniejszego.

W szczególności w przypadkach wrzodliwego zapalenia gardła *(angina ulcerosa)* z wątpliwem rozpoznaniem, kiedy nie można uciec się do badania bakteryologicznego, zadanie lekarza streszczałoby się w trzech punktach: 1) zwrócić uwagę na znamiona pokładów i ich umiejscowienie; nie zapomnieć o jaknajdokładniejszem zbadaniu jamy ustnej, na której mogą się znaleźć choćby ślady wrzodliwego zapalenia jamy ustnej *(stomatitis ulcerosa)*, która częściej zapewne niż się przypuszcza, towarzyszy zapaleniu gardła wrzodliwemu; 2) nawet w przypadkach zmian błonicowatych, których właściwej przyrody w pierwszej chwili nie można stanowczo określić, oddzielić chorych od zdrowych; 3) zastósować w każdym razie surowicę przeciwbłoniczą, boć zaszkodzić ona nie może, a korzystne działanie jej w przypadkach błonicy prawdziwej nie ulega dziś już chyba żadnej wątpliwości.

III. Badanie krwi i jego praktyczne zastósowanie w rozpoznawaniu i rokowaniu stanów chorobowych.

Podał

Dr. Walenty Jeż.

(Ciąg dalszy).

Ilość ciałek białych we krwi.

Ciałka białe krwi odgrywają bezsprzecznie w badaniach krwi najważniejszą rolę i stanowią najbardziej zajmujący oddział hematologii. Badaniom Virchowa i Cohnheima przedewszystkiem zawdzięczamy poznanie tych tworów krwi, na których wielkie znaczenie pierwsi ci autorowie baczną zwrócili uwagę. Dalsze badania na tem polu Ehrlicha, Neussera itd. pozwoliły bliżej poznać ten zagadkowy jeszcze dzisiaj składnik krwi, a zarazem przyczyniły się do rozświetlenia nie jednej sprawy niejasnej. Jak wielką rolę ciałka białe w ustroju odgrywają, możemy się przekonać, rozpatrując pod tym względem np. choroby zakaźne. Już sama teorya Metschnikowa, który ciałkom białym przypisuje rolę pożeraczy bakteryj, świadczy dobitnie o ważnej roli ciałek białych. Wprawdzie dalsze badania wykazały, że broń ciałek białych w zakażeniach nie polega na mechanicznem pochłanianiu i pożeraniu bakteryj, ale, jak to Buchner znowu wykazał, na wydzielaniu substancyj, działających bądź wprost zabójczo na bakterye, bądź też antytoksycznych, paraliżujących toksyny, wytworzone przez drobnoustroje. Widzimy więc dalej, że w chorobach, powstałych skutkiem dostania się laseczników do ustroju, spotykamy prawie stale zwiększenie się ilości ciałek białych, które to zwiększenie się odnieść należy do tak zwanego czynnego wpływu wytworów bakteryj na narządy krwiotwórcze (active chemotaxis). Poznanie zmian nie tylko jakościowych, ale i ilościowych, nabiera dla lekarza niepośledniego znaczenia, jest wielkiej wagi czynnikiem, z którego w danym przypadku można postawić rokowanie, oparte na naukowych badaniach.

Ilościowo ciałka białe we krwi ulegać mogą rozmaitym wahaniom. Z jednej strony spotykamy się z zwiększoną ilością ciałek białych we krwi, z drugiej zas w stanach chorobowych ilość tych tworów może być zmniejszoną. Nie biorąc w rachubę niektórych czynników fizyologicznych, o których poniżej będzie mowa, ilość ciałek białych u człowieka zdrowego obliczamy na 6000—10000 w mm³. krwi, — jak widzimy wahania bardzo wielkie. Już w warunkach fizyologicznych liczba ta ciałek ulega wielkim zmianom, tak, że ilość tworów białych wynosić może 2—3 razy tyle, co w stanie prawidłowym. Zwiększenie się tworów białych ponad 10,000 w mm³ krwi zowiemy leukocytozą. Przez leukocytozę rozumiemy więc zwiększanie się przejściowe tworów białych we krwi, tak w stosunkach fizyologicznych, jako też i chorobowych. Fizyologiczna leukocytoza, będąca wyrazem zmian chwilowych ustroju w fizyologicznych granicach, występuje podczas trawienia, t. zwana leukocytoza trawienna, w następstwie wytężającej pracy, wśród przebiegu ciąży, a wreszcie po kąpielach zimnych. W badaniach naszych pamiętać należy o tych fizyologicznych leukocytozach i w potrzebie je uwzględnić.

Leukocytoza, występująca w 2 godziny po spożyciu pokarmów, ma dla nas tem ważniejsze znaczenie, że w wątpliwych przypadkach przyczynia się bezpośrednio do rozpoznania raka żołądka. Jest dziś prawie rzeczą pewną, że w raku żołądka prawie że nigdy nie występuje leukocytoza trawienna, gdy przeciwnie w wrzodzie żołądka zawsze stwierdzić się daje. W celu wykazania leukocytozy trawiennej podajemy badanemu choremu 2—4 jaj i szklankę mleka z bułką. W 2 godziny po spożyciu badamy krew. Dobrze jest, by chorzy kilkanaście godzin przed próbą nic nie spożywali. Próba ta mało bywa u nas praktykowaną, a zasługuje na to, aby w wątpliwych przypadkach była wykonywaną, gdyż wynik dodatni leukocytozy trawiennej jest rozstrzygającym czynnikiem, przemawiającym za wrzodem żołądka. Nie mogę pominąć milczeniem przypadku jaki miałem sposobność spostrzegać.

Pacyent około 34 lat liczący skarżył się na bóle w okolicy żołądka, kwaśne odbijania, stolce zaparte, wymiotów zaś nigdy nie miał. Badaniem stwierdzono niedokrewność, barwa skóry blada, ale nie cechująca dla raka, gruczoły nigdzie nie powiększone, guza w okolicy żołądka wykazać nie można było. Treść żołądkowa wykazywała stosunki prawie prawidłowe; po obiedzie próbnym znachodzono nieco większą kwasotę, niż to bywa w stanie prawidłowym. Kwasu mlekowego nie zauważono. Pacyent nigdy przedtem nie doświadczał przypadów żołądkowych. Na tej podstawie rozpoznawaliśmy nieżyt kwaśny żołądka. Badanie krwi, ze względu na leukocytozę, wykazywało brak leukocytozy trawiennej, przez co nasze rozpoznanie zmieniono na rak żołądka? Po 3 miesiącach pobytu w szpitalu można było wykazać opór w okolicy żołądka, — po 5 miesiącach pacyent umarł, a sekcya wykazała raka żołądka na tylnej jego ścianie.

Zmiany anatomiczne i zachowanie się błony śluzowej żołądka i narządu chłonnego odgrywa ważną rolę w wystąpieniu leukocytozy trawiennej. Zwiększenie się ilości leukocytów, które spotykamy podczas konania (agonale Leukocytose), nie jest w ścisłem słowa znaczeniu leukocytozą, ale raczej polega ono na zmianach w krążeniu krwi, a mianowicie w częściach ciała niżej położonych, z których krew do badań klinicznych zbieramy, przychodzi mechanicznie do nagromadzenia się leukocytów.

Przeważna liczba chorób gorączkowych przebiega wśród zwiększenia się liczby ciałek białych we krwi, czyli, że w przebiegu chorób ostrych spotykamy prawie zawsze leukocytozę, która dla niektórych z nich charakterystycznie i typowo się zachowuje a dla rozpoznania i rokowania nie pośledinie ma znaczenie. I tak:

Z a p a l e n i u p ł u c towarzyszy prawie zawsze znaczna leukocytoza. Brak jej każe spodziewać się przebiegu ciężkiego i często ze śmiertelnym wynikiem. Krótko przed przesileniem leukocytoza nagle znika, lub też liczba ciałek białych bardzo powoli schodzi do prawidłowej. Zwiększenie się leukocytozy, obok spadku gorączki, każe spodziewać się przełomu rzekomego (pseudokrisis). Nagłe zniknięcie leukocytozy wśród jeszcze silnej gorączki zapowiada rychłe przesilenie.

R ó ż a przebiega zawsze ze znaczną leukocytozą, która krótko przed, lub wnet po ustąpieniu gorączki, powraca do stanu prawidłowego.

W b ł o n i c y spotykamy hiperleukocytozę, którą stwierdzić możemy przed pojawieniem się błon, a która po wstrzykiwaniach surowicy przeciwbłoniczej jeszcze wybitniej występuje.

W p ł o n i c y zachowuje się leukocytoza nadzwyczaj

charakterystycznie. Zawsze spotykamy w tej chorobie hiperleukocytozę, która po ustąpieniu stanu gorączkowego nawet przez kilka tygodni jeszcze stwierdzić można. Prawdopodobnie, że jak długo toksyny płonicze znajdują się w ustroju, tak długo występuje czynna *haemotaxis*, a więc i tak długo trwa leukocytoza; po wydaleniu się toksyn ustępuje czynnik hemotaktyczny, a z nim także ustępuje i leukocytoza. Zachowanie się to leukocytozy ważnem jest ze względu na rokowanie, gdyż jak długo we krwi trwa leukocytoza, tak długo istnieje niebezpieczeństwo wystąpienie zapalenia nerek.

W zakażeniach ropnych rzadko spotykamy leukocytozę, przeważnie cierpienie to przebiega wśród prawidłowej ilości ciałek białych; u ozdrowieńców natomiast spotykamy znaczną leukocytozę. Pojawienie się więc hiperleukocytozy jest znakiem pomyślnym; niskie liczby leukocytów każą rokować niepomyślnie.

Gruźlica. Zapalenie gruźlicze ostre, podostre, dalej gruźlica płuc prosówkowa, przebiegają zwyczajnie bez leukocytozy, o fizyologicznej ilości ciałek białych. Ważnem to jest mianowicie dla odróżnienia zapalenia opon mózgowych przyrody gruźliczej od zapalenia na tle innem, a więc od zapalenia opon nagminnego, lub też ropnego. Dwa ostatnie przebiegają wśród wzmożonej ilości ciałek białych we krwi, a w szczególności w zapaleniu ropnem spotykamy się ze znaczną leukocytozą. Leukocytoza w gruźlicy płuc występuje wtedy, kiedy przyszło do zakażenia wtórorzędnego, do wytworzenia się jam, lub też po przebytym krwotoku płucnym, którego następstwem jest pojawienie się leukocytozy przejściowej.

W sprawach zapalnych, połączonych z wypociną, spotykamy zawsze leukocytozę, która w zapaleniach ropnych dosięga bardzo znacznych rozmiarów. Leukocytoza przeważnie trwa tak długo, jak długo daje się stwierdzić gorączka; w przebiegu wypocin otorbionych, przy braku gorączki, nie spotykamy wzmożenia liczby ciałek białych.

W zimnicy, jaka w naszych krajach panuje, nie znajdujemy zwiększenia się liczby ciałek białych, przynajmniej napewno nie możemy nigdy stwierdzić znacznej leukocytozy; w przypadkach zimnicy ciężkiej leukocytoza należy do częstych objawów tej choroby.

W cholerze, w przeważnej liczbie przypadków, spotykamy znaczną leukocytozę, która w okresie zamartwiczym każe rokować niepomyślnie. W przypadkach, przebiegających pomyślnie, spostrzegamy nader szybkie ustąpienie leukocytozy.

Dur brzuszny jest jedną z tych ostrych chorób, wśród których nie przychodzi do wytworzenia się leukocytozy, ale przeciwnie liczba ciałek białych jest znacznie mniejsza, niż w warunkach prawidłowych; pojawia się tak zwana leukopenia i to na koszt leukocytów wielojądrzastych. Leukopenia występuje w przypadkach nie powikłanych; powikłanie z zapaleniem płuc, ropieniem zaznacza się wystąpieniem leukocytozy. W każdym razie pojawienie się leukopenii we krwi jest charakterystycznem dla duru brzusznego i jednym z nadzwyczaj ważnych pomocniczych środków rozpoznawczych.

W przypadkach niepowikłanych odry spotykamy również bardzo znaczną leukopenię, która szczególnie wybitnie występuje na szczycie wysypki i podczas okresu wysypywania. Wystąpienie leukopenii w chorobach zakaźnych tłomaczyć sobie można z jednej strony rozpadem ciałek białych w bardzo małym stopniu, z drugiej zaś małym dopływem ciałek białych do krwiobiegu i działaniem ujemnie-chemotaktycznem wytworów bakteryj, wywołujących te choroby.

Jak z powyższego zestawienia widzimy, zachowanie się liczby ciałek białych jest dla niektórych chorób ostrych nadzwyczaj charakterystyczne, jak np. zachowanie się ciałek białych w durze brzusznym pozwala go odróżnić od innych chorób zakaźnych, odrę od płonicy; z drugiej strony, na podstawie liczby ciałek białych rokowanie nasze staje się pewniejsze, n. p. brak leukocytozy w zapaleniu płuc zwiastuje rokowanie niepomyślne. Dalej, np. widzimy, że przy pomocy badania krwi możemy rozróżnić zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych ropne od gruźliczego, gdyż w pierwszym przypadku znajdujemy znaczną leukocytozę, w drugim zaś brak jej. Wogóle zauważyć się daje, że sprawy przyrody gruźliczej przebiegają bez zwiększenia się liczby ciałek białych, o ile takowe nie są powikłane zapaleniem innego rodzaju i łatwo badaniem krwi wykazać się dają. Ostre zapalenie oskrzeli okazywać będzie we krwi znaczną leukocytozę, gruźlica prosówkowa — przeciwnie, przebiega przy fizyologicznej liczbie ciałek białych we krwi.

Mniejsze znaczenie ma leukocytoza, pojawiająca się w przypadkach zatrucia rozmaitymi środkami, w których obok znacznego zniszczenia ciałek czerwonych przychodzi do wytwarzania się leukocytozy. Do takich trucizn należą: chloran potasowy, fenacetyna, przetwory arsenu, sulfonal i długotrwała narkoza. Badanie krwi w ostrych tych zatruciach nie jest jeszcze dokładnie zbadane i wyjaśnione; dlatego też wielkiego praktycznego znaczenia niema.

W przypadkach nowotworów złośliwych, jak rak i mięsak, pojawiająca się leukocytoza może dać pewne wskazówki rozpoznawcze i wpłynąć na rokowanie. Raki przebiegają przeważnie bez zwiększenia się liczby ciałek białych; jeżeli jednak wśród spostrzegania znajdziemy leukocytozę, to pojawienie się jej odnieść należy albo do krwotoków, które skutkiem nowotworu powstać mogły, a więc będziemy mieli leukocytozę pokrwotoczną, lub też w samym nowotworze wystąpiły objawy rozpadu, albo też nastąpiły wtórorzędne zakażenia, a wytwory tych procesów dodatnio działają na narządy krwiotwórcze i ztąd powstaje leukocytoza. W przypadkach mięsaków stwierdzamy we krwi prawie zawsze znaczną leukocytozę, która po usunięciu nowotworów znika, jeżeli nowotwór wolny był od przerzutów.

W końcu wspomnieć należy białaczkę. Jeżeli przez leukocytozę rozumieliśmy przejściowe zwiększenie się liczby ciałek białych, to w białaczce (leukaemia) pod wpływem prawdopodobnie swoistych trucizn przychodzi do trwałego, ciągłego wzmożenia się liczby ciałek białych. W wybitnych przypadkach białaczki już z wejrzenia preparatów krwi świeżej rozpoznać możemy tę chorobę, a mianowicie już na pierwszy rzut oka całe pole widzenia jest jakby zasiane ciałkami białemi. W przypadkach początkowych, niejasnych, trudno z krwi świeżej postawić rozpoznanie, a mianowicie idzie tu o to, by nie pomięszać innych chorób z leukocytozą. W przypadkach takich nie wystarcza samo liczenie ciałek białych, lub oznaczanie stosunku ciałek białych do ciałek czerwonych, ale uciec się nam należy do preparatów suszonych krwi, których obraz pozwoli nam z całą dokładnością białaczkę rozpoznać. Ilość bowiem ciałek białych, jak i stosunek ich do ciałek czerwonych jednako się przedstawiać może, tak w leukocytozie, jak też i w białaczce. Jak wszędzie tak i tutaj pamiętać nam należy, że z jednego objawu nie należy nigdy stawiać rozpoznania i że im więcej objawów znajdziemy, przemawiających za pewnem cierpieniem, tem rozpoznanie staje się pewniejszem.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

(Dokończenie).

Dr. R. Spira. **Krwotoki uszne.** *(Osobne odbicie z „Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften“. Z. 140, 141).*

Jeśli uraz wywołał obfity krwotok z narządu słuchowego przedtem zupełnie zdrowego, to oczywiście musiało mieć miejsce uszkodzenie silniejsze, a stósownie też do tego będzie i orzeczenie opiewało. Jest jednak rzeczą możebną, że możemy mieć do czynienia z urazem ucha już poprzednio chorego i do krwotoków skłonnego, jak to np. ma miejsce przy próchnicy kości skroniowej z odsłoniętemi i nadżartemi naczyniami itp., gdzie wskutek urazu przyszło do pęknięcia jakiegoś większego naczynia i następowo do zna-

cznego i nawet śmiertelnego krwotoku, pomimo, iż uraz żadnego innego uszkodzenia w uchu nie wywołał. Dalej u osób z pewnemi, powyżej wymienionemi chorobami, może przyjść nadto wskutek wstrząśnienia, upadnięcia itp., do znacznych krwotoków z ucha, bez szczególnych obrażeń. W takich przypadkach musimy w orzeczeniu uwzględnić przyrodę i stopień przedtem istniejącej choroby ogólnej, lub usznej i naturalnie rodzaj urazu, obok następstw, spowodowanych bezpośrednio przez krwotok. Krwotoki wywołane urazem u osób zdrowych, bez wyraźnych uszkodzeń, mogą być tylko nieznaczne i stanowią co najwyżej tylko lekkie uszkodzenia ciała. Trzeba jednak przytem mieć na względzie, czy uraz nie został przypadkiem zadany w taki sposób i takiem narzędziem, które zazwyczaj bywają połączone z niebezpieczeństwem dla życia przez skrwawienie się, jak to np. ma miejsce przy wepchnięciu siłą ostrego narzędzia w ucho. Jeżeli zranienie, prócz krwotoku, pociąga za sobą następowo jeszcze inne choroby, jak np. ropne zapalenie błony, lub jamy bębenkowej, błon mózgowych, cierpienie nerwu słuchowego, zapalenie mózgu itd., to i orzeczenie musi być dodatkowo zmienione, stósownie do znaczenia choroby następowej.

Co się tyczy zapobiegania, to trzeba nadmienić, iż osoby, cierpiące na krwotoki uszne natury nerwowej, lub obarczone chorobami usposobiającemi do takich krwotoków, muszą się wystrzegać wszelkich wstrząśnień i takich powodów, które według doświadczenia mogą stanowić *causa efficiens*, zatem powinny mieć zawsze w uchu tampon z waty, a przytem chorobę pierwotną poddać stósownemu leczeniu. Chorych tego rodzaju powinno się w każdym razie pouczyć, jak się w pierwszej chwili przy krwotoku zachować mają. Przy leczeniu choroby usznej powinno się zawsze trzymać tej zasady: *Chirurgus mente prius et oculo agat quam manu armata*. Dotyczy to w szczególności leczenia ciał obcych w uchu, do wydobycia których powinno się użyć narzędzi tylko w wyjątkowych przypadkach. Zabiegi przedwczesne i nierozmyślne zaszkodziły tu już nieraz. Jeżeli mamy wskazanie do wykonania nakłócia błony bębenkowej, to powinniśmy zawsze uwzględnić, czy niema jakich zboczeń krzywiczych w zakresie budowy kostnej, względnie czy niema nieprawidłowego zabarwienia w tylnym górnym odcinku błony bęb., a w razie podejrzanego wpuklenia żyły szyjnej, ostrożnie należy usunąć to miejsce, by go nie uszkodzić.

Przy przecięciu czyraka w zewnętrznym przewodzie usznym nie wolno zapomnieć o możebnem pomięszaniu tego cierpienia z tętniakiem.

L e c z e n i e musi uwzględnić w pierwszym rzędzie stopień krwotoku. Jeżeli krwotok jest nagły, obfity i groźny, to bez względu na jego przyczynę, musimy się starać przedewszystkiem zatamować go; a najlepszym środkiem ku temu jest mocna tamponada przewodu zewnętrznego. Tamponadę tę wykonuje się gazą jodoformową, umaczaną w słabym rozczynie sześciochlorku żelaza, lub silniejszym rozczynie feropyryny. Czasem zachodzi potrzeba wypełnić cały przewód uszny tamponami i nadto jeszcze wywierać przez jakiś czas ucisk palcami. Jeżeli krew przez tampon przecieka, to trzeba go zmienić, względnie zastąpić tamponem z waty żelazistej lub *Pinghwar Djambi*. Jeżeli i to nie wystarcza do zatamowania krwotoku, jeżeli mianowicie tampony zostają wypchnięte, lub gdy krew spływa do gardła przez trąbkę Eustachiusza, natenczas należy przystąpić do podwiązania tętnicy szyjnej i to lepiej i pewniej tętnicy szyjnej wspólnej. Jednak wskazanie do takiego podwiązania zachodzi dopiero wtedy, gdy krwawienie jest tętnicze i jeżeli poprzednio się przekonano, że ucisk na tę tętnicę wpływa korzystnie na krwawienie. Po udanem zatrzymaniu krwawienia, należy tampon pozostawić kilka dni na swojem miejscu. Potem należy go zmaczać i ostrożnie usunąć gdzie tego konieczność wymaga; wykonać to nie za jednym razem, lecz w kilku zabiegach, poczem ucho przepłókać letnim rozczynem, ściągającym i odrażającym.

W lżejszych krwawieniach powinno się przedewszystkiem ucho oczyścić i poddać dokładnemu zbadaniu pod względem przyczyny i pochodzenia krwawienia. Na podstawie zasady: *cessante causa, cessat effectus*, należy się starać w pierwszym rzędzie usunąć przyczynę. Gdzie przyczynę stanowią małe zranienia, wystarczy po największej części przestrzykać ucho 2—5% rozczynem kwasu borowego, soli kuchennej, hałunu, lub wkroplić kilka kropel 10% rozczynu sześciochlorku żelaza, a jeszcze pewniej wypełnić głębsze broczące części ucha pęczkiem waty, zmaczanej w chlorku żelaza. Zazwyczaj jednak wystarcza tu samo przestrzyknięcie i lekki tampon z waty. Przy uszkodzeniu większego naczynia wystarcza ściślejsze kilkodniowe tamponowanie przewodu ucha zewnętrznego. Ciało obce w uchu, jako przyczynę krwawienia, należy wydobyć. Jeżeli nie można go usunąć samem przestrzykiwaniem, a krwawienie nie ustępuje, powinno się uciec do wydobycia drogą operacyjną, to jest przez oddzielenie małżowiny i błoniastego przewodu ucha zewnętrznego. Krwawienia, powstające wskutek zabiegów chirurgicznych w uchu, są, pomijając rzadkie osobliwe przypadki, zazwyczaj nieznaczne i ustają szybko po przestrzyknięciu i wytamponowaniu.

Krwawienia uszne, będące następstwem spraw chorobowych w uchu, wymagają stosownego leczenia tych ostatnich. Ukleje, ziarniny, nowotwory należy usunąć, lub przyżegać azotanem srebrowym, kwasem chromowym, galwanokauterem itp., poczem krwawienie prędko ustąpi. Wolne martwiaki należy oddalić. Krwawienia wskutek spraw zapalnych ostrych w jamie bęb., błony bęb., przewodu zewnętrznego, są przeważnie również mało znaczące i łatwe do opanowania przez wytamponowanie. To samo się tyczy krwawień z ucha, powstałych skutkiem przebicia ropni sąsiednich w przewód ucha zewnętrznego. Po przebiciu do ucha nowotworów, obfitujących w naczynia, wskazanem jest prócz tamponowania wywarcie na nie ucisku z zewnątrz, przyżeganie krwawiącego miejsca galwanokauterem, albo podwiązanie naczynia krwionośnego.

Skoro mimo dokładnego zbadania nie można odnaleźć przyczyny krwawienia w uchu, a więc takowa tkwi w innej jakiejś chorobie, np. zaburzeniach w krążeniu, zboczeniach ustrojowych, usposobieniu neuropatycznem itp., wówczas krwawienie jest zwykle tak nieznaczne, że nie wymaga szczególnego leczenia. Jeżeli krwawienia powtarzają się często z tych ostatnich przyczyn, chory powinien zawsze nosić w uchu tampon z waty. Natomiast należy się starać tym broczeniom zapobiegać przez uwzględnianie chorób przyczynowych, jak wady sercowe, koklusz itd., a to przez podawanie przetworów żelazistych, połączeń bromowych, przez poprawienie stosunków odżywczych i higienicznych chorego i jak już wspomnieliśmy, przez staranne unikanie wszelkich powodów, które według doświadczenia zdolne są sprowadzić krwawienia uszne.

Wewnętrznie można w takich przypadkach polecać *Extr. fluid. hydrastis canad.* samo, lub w połączeniu z ergotyną. W krwawieniach zastępczych, histerycznych należy uciec się do wielkich dawek bromu i wstrzykiwań pilokarpiny. Miejscowo korzystnie działają wkraplania zgęszczonego kwasu borowego i letniego wyskoku.

(Sprawozdanie własne).

V. Wyciągi.

W. Roger Williams. **O wpływie innych chorób na raka.** *(Medicin. chir. Ctblt. 43. 1898).* Przypuszczany przez niektórych badaczy wpływ rozmaitych chorób, zwłaszcza zakaźnych, na powstawanie i rozwój raka, usiłował autor zbadać zapomocą poszukiwań statystycznych. Z 395 przypadków raka sutka, w 40, t.j. 10%, pojawiła się róża; ze 173 innych chorych chirurgicznych dostało róży tylko 4·5%, co zaprzecza twierdzeniu Lambottea i innych, że róża rzadko się zdarza u dotkniętych rakiem i naodwrót, i że dwie te

choroby, stwarzając jakoby pewną odporność, wzajemnie się poniekąd wykluczają. Podobny wynik dała statystyka spraw ropnych (w raku 18%, w innych chorobach 16%.) Natomiast przypuszcza autor, również na zasadzie danych statystycznych, że osobniki, dotknięte szczególnym rodzajem zwyrodnienia ustroju, usposabiającym do gruźlicy, łatwiej dostają raka w późniejszym okresie życia, jeśli zakażenie gruźlicze przeżyć zdołają. *C.*

Bail: **Substancye chroniące od zakażenia gronkowcami.** (*Berl. kl. Woch.* 42. 1898). Doświadczalnie stwierdzono już prawie na pewno szczególne pokrewieństwo jadów tężca do tkanki nerwowej i ochronne działanie tej tkanki przeciw jadowi tężca. Podobne wyniki dały doświadczenia z innymi jadami i innemi tkankami ustroju. — Wykonano też szereg badań, odnoszących się do wpływu ochronnego pewnych tkanek już nie przeciw jadom, wytwarzanym przez drobnoustroje, ale przeciw samym, żyjącym drobnoustrojom. Okazało się, że ciałka białe wobec wielu drobnoustrojów (cholera, dur, róża świńska, błonica) nie odgrywają żadnej swoistej roli. Z badań swoich nad zakażeniem gronkowcami wysnuwa B. wniosek, że jady tych drobnoustrojów łączy swoisty stosunek właśnie z substancyami ochronnemi, zawartemi w leukocytach. *C.*

Dr. Karol Tinus: **O niedokrewności górników** („Bergsucht", Cachexia montana) **i Ankylostomiasis** (*Österr. Sanitätswesen*, Nr. 42. 1898). -- Autor wzywa lekarzy robotników górniczych, tunelowych, cegielnianych i t. p. do ścisłego badania chorych, zgłaszających się o poradę z objawami błednicy i niedokrewności, czy u nich nie da się wykazać, jako przyczyna cierpienia, *Dochmius s. Strongylus duodenalis s. Ankylostomum duodenale*. Już bowiem od roku 1870 donoszą w swych sprawozdaniach lekarze górników do ministerstwa rolnictwa o pojedynczych przypadkach lub nawet małych epidemiach tej niedokrewności górników, bez wykazania innych przyczyn cierpienia, jak praca w szybach źle odwietrzanych, wilgotnych, w których gnijące kawałki drzewa i wilgoć ziemi zanieczyszczają powietrze. Objawami klinicznymi tej choroby są: bladość błon śluzowych, i powłok skórnych z odcieniem żółtawym, często ziemistym, buczenie nad żyłami szyjnemi, szum w uszach trudności w oddychaniu, ciężkość w nogach, ciśnienie w okolicy żołądka, brak łaknienia, biegunki, — później cera prawie trupia, obrzęk powiek, stóp, rozszerzenie serca, — wreszcie puchlina ogólna, a czasem i śmierć wśród objawów wycieńczenia ogólnego. —

Zarówno te objawy, jak przytoczone wyżej przyczyny tej choroby, wykazują nadzwyczajne podobieństwo do choroby, wywołanej przez *Dochmius duodenalis*, a znanej już od roku 1850., szczególnie w krajach strefy cieplejszej, a w ostatnich czasach dokładnie opisanej w dziele zbiorowem Nothnagla (Patologia i Terapia szczegółowa) w dziale pasorzytów ludzkich, obrobionym przez Moslera i Peipera. Chodziłoby przeto o sprawdzenie, czy i tej choroby górników nie wywołuje *Dochmius duodenalis*, przez co stwierdzonoby tożsamość przyczyn w obu tych chorobach, a przez to ułatwiono zarówno leczenie tej niedokrewności górników, jak i zapobieganie tej chorobie, o którem autor w swej rozprawie parę wskazówek podaje. — *J. G.*

Achard: **Durowe zapalenie opłucnej**, (*Semaine médicale*, Nr. 52, 1898 r.). Oddawna znane są przypadki zapalenia opłucnej wśród przebiegu duru; uważano jednak to powikłanie za chorobę niezależną, mającą swe przyczyny specyalne, niezależne od duru. Zaprzeczyć nie można, że zdarzają się przypadki zapalenia opłucnej w przebiegu duru, mające swe źródło poza zakażeniem durowem; istnieją atoli również przypadki zapalenia opłucnej, spowodowane wyłącznie przez lasecznik Ebertha. Pierwszy przypadek tego rodzaju opisał Fernet w r. 1891. Od tego czasu spostrzegano ich więcej. Ten rodzaj zapalenia opłucnej przedstawia się rozmaicie. Wysięk bywa to surowiczo-włóknikowy, to krwawy, to znów ropny i w rozmaitej ilości. Występuje on już to w początku gorączki durowej, poprzedzając czasem inne jej objawy, już to w pełnym jej rozwoju. Autor przytacza 2 nowe spostrzeżenia. W pierwszym przypadku, mężczyzna lat 26, dotknięty durem uległ w 8-mym dniu choroby zapaleniu opłucnej. W ciągu miesiąca dokonano 4 punkcye próbne; wysięk, jakkolwiek nie obfity, długo nie ustępował. Przy 3-ch pierwszych punkcyach otrzymano płyn mętny surowiczy, a nawet surowiczo-krwawy, bogaty w ciałka krwi białe i czerwone; lasecznik Ebertha znajdował się tam w stanie czystym. Ostatnia punkcya dała płyn bardziej przeźroczysty, bez ciałek krwi i zupełnie jałowy. Ropienia nie było, chory wyzdrowiał. W drugim przypadku, u dziewczyny 20 letniej, stwierdzono wysięk już w okresie przełomowym gorączki. Punkcya próbna dała płyn szczero krwawy. Po tygodniu, gdy ciepłota znowu zaczęła się podnosić, wykonano drugą punkcyę i otrzymano płyn barwy czekoladowej, zawierający dużo ciałek krwi, oraz nieco laseczników Ebertha. W kilka dni potem nowa punkcya dała ujście płynowi zielonawemu, ropnemu. Wskazanem tu było wycięcie kawałka żebra; ze względu jednak na zły stan ogólny chorej, postanowiono czekać, aż się siły nieco poprawią. Po paru tygodniach znowu wykonano punkcyę i otrzymano litr ropy, która dała czystą hodowlę laseczników Ebertha. Gdy po upływie jeszcze 2 tygodni poprawa w stanie ogólnym chorej nie następowała, postanowiono dłużej już nie czekać i wykonano resekcyę żebra, przyczem wypuszczono obfitą ilość ropy i założono sączek. Od tej pory chora zaczęła się czuć lepiej i po paru miesiącach opuściła szpital w dobrym stanie. Niejako cechą durowego zapalenia opłucnej jest to, że nie przedstawia ono w rozwoju swym tak ostrego przebiegu, jak inne rodzaje ropnego zapalenia opłucnej. Ciekawem było w powyżej przytoczonych przypadkach badanie zjawiska aglutynacyi laseczników Ebertha: w pierwszym z przytoczonych przypadków surowica krwi wywoływała aglutynacyę laseczników w rozcieńczeniu do $^1/_{10}$, podczas gdy wysięk opłucnej w rozcieńczeniu do $^1/_{100}$, czyli działał 10 razy silniej niż krew. Następnie siła aglutynacyjna krwi wzrastała tak, iż pod koniec choroby zrównała się prawie sile wysięku. Wielce zajmującą była ta okoliczność, że wysięk ów był w silnym stopniu bakteryobójczym. Co się zaś tyczy drugiego przypadku, to krew działała aglutynująco na laseczniki w rozcieńczeniu do $^1/_{100}$, nawet wtedy jeszcze, gdy cała chorobaześrodkowała się w opłucnej, a zakażenie ogólne minęło. Co się tyczy leczenia tego rodzaju zapalenia opłucnej, to nic specyalnego niema tu do zaznaczenia. Operacya jest konieczną w przypadkach wysięku ropnego, nie należy się wszakże z nią spieszyć, a zwlekać o ile możności, aż do chwili, w której stan ogólny chorego się poprawi i miną objawy ogólnego zakażenia. — *W. Kania.*

P. Noguès. **O skurczu cewki moczowej**, (*Journ d. prat.* Nr. 29. 1898). Skurcz cewki bywa często tak wybitną przeszkodą przy cewnikowaniu, że powoduje pomyłkę w rozpoznaniu. Skurcz ten powstaje nie w całej cewce, a w jej części błoniastej, która jest niejako przedłużeniem warstwy mięśniowej pęcherza. Dlatego spotyka się przeważnie w zapaleniach pęcherza, kamieniach pęcherza, lub miedniczek nerkowych, szczególnie zaś podczas i po kolce nerkowej. Jedną z najwybitniejszych cech skurczu jest to, że przy wprowadzaniu cewnika metalowego ustępuje, co odróżnia go od zwężenia cewki; dlatego autor nie uznaje t. zw. zwężenia skurczowego. Skurczu nie usuwa uśpienie chloroformowe, a rzadko kokaina, którą N. wstrzykuje do cewki w rozcz. 1 : 400) w ilości 20 ctm.^{3}, aby przedostała się aż do części błoniastej. To też zwykle tylko wtedy opór skurczu przezwyciężyć się daje, gdy cewnikujemy ostrożnie, cewnikiem metalowym, z zachowaniem zalecanych przy tym zabiegu przepisów. *F. K.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 19 Października 1893 r.
Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Dr. Jakubowski. — Obecnych członków 27.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

I. Kol. Prezes zawiadamia, iż składka zarządzona między członkami Towarzystwa na szkoły im. Mickiewicza przyniosła 32 złr., które odesłano do zarządu Tow. Szkoły ludowej.

II. Kol. Doc. Bossowski przedstawił dziewczynkę 7-letnią po dokonanej laparotomii z powodu przewlekłej przeszkody w drożności jelita grubego. Tak opiewało rozpoznanie przedoperacyjne, które zasadzało się:

1) na wzdęciu silnem brzucha, odpowiednio do przebiegu jelita grubego, tak, że obwód brzucha przez pępek wynosił 72 ctm. (podczas gdy prawidłowo wynosi w tym wieku u dzieci 50-52 ctm.); 2) na ruchach przeciwrobaczkowych przebiegających wzdłuż rozdętego jelita grubego; 3) na przewlekłem zaparciu stolca, którego częstokroć nie można było pokonać, nawet silnymi środkami drastycznymi.

Podczas operacyi pokazało się, że przeszkodą w drożności jelita grubego było nadmiernie rozwinięte zgięcie esowate, którego długa krezka sprzyjała skręcaniu się jelita do tego stopnia, że, nie wywołując jeszcze zaburzeń w krążeniu krwi, powstawało utrudnienie przechodzenia kału.

Po wycięciu klina z krezki, odcięto całą pętlę jelita esowatego w długości 60 ctm., co wobec tego, że całe jelito grube u dzieci mierzy nieco więcej niż jeden metr, wskazuje najlepiej, jak niezwykle długą była w tym przypadku pętla esowata.

Badanie anatomo-patologiczne wyciętego kawałka wykazało znaczny przerost warstwy mięśniowej jelita, tak zw. przerost roboczy, wywiązujący się w następstwie przeszkody, którą napotyka przechodzenie kału.

Przebieg pooperacyjny u operowanego dziecka odbył się zupełnie prawidłowo: utrzymująca się jeszcze zrazu gnuśność jelita, która wymagała podawania środków przeczyszczających, ustąpiła w dalszym ciągu zupełnie tak, że obecnie dziecko oddaje codziennie stolec prawidłowy.

Obwód brzucha przez pępek mierzy obecnie 54 ctm.

III. Kol. Doc. Bossowski okazał torbiel wielokomorowy, liczący pojemności 5 lit. cieczy, który wydobył z jamy brzusznej chłopca $3^1/_2$ letniego. Guz wypełniał całą jamę brzucha i sięgał w okolicę trzonu krezkowego (radix mesenterii), gdzie zachodził w zrosty z jelitem cienkiem.

Szypułę, lejkowato zwężającą się ku kręgosłupowi, podwiązano i odcięto. Treścią torbiela był płyn ciemno-brunatny, bez osobliwych składników chemicznych. Badanie drobnowidowe ściany torbiela jeszcze nie ukończone.

Operowany chłopiec opuścił szpital w dwa tygodnie po operacyi.

IV. Kol. Doc. Bossowski przedstawił chłopca 7-letniego, u którego przed tygodniem, po wydobyciu odsłoju, zajmującego całą grubość kości goleniowej i po oczyszczeniu jamy w kości, naciągnął skórę od brzegów rany i przymocował ją do dna jamy kostnej zapomocą ćwieków stalowych. Brzegi skórne, jak widać po zdjęciu opatrunku, zlepione są ze sobą dokładnie, a oprócz lekkiego obrzmienia i zaczerwienienia około ćwieków, stan rzeczy jest zupełnie pomyślny tak, że przypuścić wolno, iż operowany za tydzień, a więc w dwa tygodnie po sekwestrotomii opuści szpital wyleczony.

Kol. Bossowski wykazuje zalety tego sposobu pokrywania ubytków w kości i podnosząc jego prostotę, sądzi, że okaże się równie użytecznym w przypadkach innych, gdzie chodzi o pokrycie skórą głębokich jam kostnych.

V. Kol. Trzebicky przedstawił dwa nowe przyrządy do znieczulania anestylem (mięszanina chloretylu i chlormetylu).

VI. Kol. Nartowski wygłosił odczyt: »O morfo- i biologii komórki nerwowej«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. Xawery Gorski,
sekretarz doroczny.

VII. Przyczynek do stosowania zabiegów wodoleczniczych.

Po za obrębem specyalnie urządzonego zakładu wodoleczniczego przychodzi nieraz lekarzowi i w praktyce lekarskiej stosować zabiegi wodolecznicze. W tym też celu postanowiłem poczynić niektóre uwagi, dotyczące praktyki wodoleczniczej i zaproponować pewne zmiany w dotychczas przyjętych, a często niestety zbyt szablonowo polecanych, tak zw. „manipulacyach“. Zastrzegam się jednak z góry, iż nie uważam wcale niektórych z tych zalecanych modyfikacyj za coś absolutnie nowego; nie mając pod ręką odpowiedniej literatury wodoleczniczej, nie mogę stwierdzić, czy zalecane przeze mnie ulepszenia są w istocie nowym pomysłem. Mimochodem wspomnę także o pewnych, mniej znanych praktycznym lekarzom wskazaniach wodoleczniczych.

I. Nacierania zastosowuje się w przeróżnych cierpieniach, mając — ogólnie powiedziawszy — na celu odwrócenie prądu krwi od miejsca, gdzie ta krew zbyt wolno krąży, gdzie przeto istnieje przekrwienie. Przykład najlepiej to wyjaśni: przy zastoju w układzie żylnym, np. w rozedmie płuc, przychodzi do nieżytów i niedowładów przewodu pokarmowego, zwalczanych nieraz bezskutecznie wodami mineralnemi, lub przetworami aptecznymi. Zastosowanie umiejętne i racyonalne nacierania mokrem prześcieradłem doprowadza najprędzej do celu, zmniejszając takie przykre dla pacyenta objawy, jak: zaparcie stolca, uczucie nawału krwi itd.

W początkach i w przebiegu gruźlicy już rozwiniętej stosujemy także nacierania, a to w celu 1) uodpornienia ustroju i tu używa się nacierań częściowych obojętnych, t. j. zwykłą wodą; 2) obniżenia ciepłoty i wzmocnienia czynności serca itd. W tych przypadkach uciekamy się do nacierań zupełnych, t. j. całego ciała, różnemi mięszaninami, np. wyskoku z terpentyną, wyskoku z mentolem itd.

Przy nacieraniu częściowem klatki piersiowej i grzbietu, w przypadkach gruźlicy, używa się często kawałka płótna, nieszczelnie przylegającego do ciała, zwijającego się przy wycieraniu, lub wyciera się końcem zamaczanego ręcznika, co jest wprost błędnem, a nawet szkodliwem. Ja stosuję od niedawnego czasu rodzaj kamizelki z grubego płótna, zaopatrzonej w miarę potrzeby i w rękawy, zapiętej pod szyją na jeden, mocno przyszyty guzik. Macza się taką kamizelkę w odpowiedniej ciepłoty wodzie, wyżyma, nakłada na chorego, zapina pod szyją, i wyciera grzbiet i plecy płasko ułożonemi dłońmi w przeciągu 15—20-tu sekund. Ma się rozumieć, iż kamizelka ta musi być odpowiednio szeroka i długą; tu dokładna miara nie zawadzi. Podobnego rodzaju — że tak powiem — częściowe „ubrania wodolecznicze“, np. na kończyny, nietrudno każdemu lekarzowi wymyśleć.

II. Opaska brzuszna — stosuje się na: 1) mokro i 2) sucho. Mokrej opaski używamy pod dwiema postaciami: opaski a) wysychającej i b) rozgrzewającej. Brzuszną opaskę mokrą stosujemy w cierpieniach powłok brzusznych [1]) i trzew całej jamy brzusznej.

Wieleby to mi miejsca zajęło, gdybym usiłował opisać, jak szablonowo, bez podstawy i wskazań stosują się te opaski. Nieraz na tem właśnie polu spotyka się bezkrytyczne ordynowanie, któregoby ś. p. Kneipp się nie powstydził! Nie pora jednak i nie miejsce na krytykę, więc wróćmy do spraw czysto rzeczowych. Wskazania, jaką opaskę, czy wysychającą, czy rozgrzewającą w danym przypadku należy stosować, nie są jeszcze ściśle ustalone, i nic dziwnego; tu specyalne upodobanie ordynującego lekarza i inne warunki, np. pozostawienie pacyenta, zależnie od przypadku, w jednostajnej ciepłocie łóżka, odpowiednie przepisy higienicznodyetetyczne, troskliwa opieka rodziny itp. współdziałają z leczeniem w tak wysokim stopniu, czy to aptecznem, czy wodoleczniczem, iż niewiadomo, na karb którego czynnika

[1]) np. przeczulica nerwowa powłok brzusznych.

leczniczego włożyć należy pomyślny przebieg cierpienia i można twierdzić, iż każdemu z tych czynników jakaś cząstka przypada w udziale. Z zasady większym jestem zwolennikiem opaski mokrej rozgrzewającej, a to z następujących przyczyn: 1) jednostajne i równomierne działanie ciepła, wytwarzającego się pod ceratką, lub batystem Billrotha; 2) możność utrzymania ciepłoty narastającej *crescendo*, przez czas dłuższy; 3) chory, opasany opaską rozgrzewającą, jest w małym tylko stopniu krępowanym w zajęciach swych: może wyjść poza obręb domu, brzuch jego nie jest narażony na zmienne działanie wpływów atmosferycznych, np. wiatru, wilgoci powietrza i t. p. Tych zalet opaska wysychająca, t. j. opaska bez warstwy izolacyjnej, nie posiada, szczególniej stosuje się to do punktu (3). W danych, ale rzadkich przypadkach, używam i opaski wysychającej i to przeważnie u takiego pacyenta, który w łóżku czas swój przepędza; niechętnie zaś stosuję ją u pacyenta, wykonującego swe stałe zajęcia po za obrębem domu. Bardzo ważnem jest założenie samej opaski. Tu, niestety, robi się błędów bez liku. Ja używam opaski według następującej miary: ma ona wynosić na długość 4—5 obwodów w pasie chorego, a szerokość jej, zależnie od przypadku, naturalnie jest różną. Koniec opaski, przypadający na pokrycie skóry brzucha, maczam w wodzie o odpowiedniej ciepłocie, ale tylko w rozmiarach brzucha samego: za większy błąd uważam okręcenie całego obwodu ciała mokrem płótnem: do następstw tego nieoględnego zalecania zaliczyć należy podniecenie chuci płciowej, a nawet nocne pomazania, co ustaje po usunięciu opaski okrężnej. Wiadomą rzeczą, iż nawet przegotowana i przesączona woda wywołuje u niektórych chorych wypryski skóry: różnica zaś wielka, czy ten wyprysk powstanie na skórze brzucha, czy grzbietu; w ostatnim razie cierpi chory prawdziwe katusze, gdyż trudno mu spocząć, a ubranie więcej mu dokucza, sprawiając szereg podmiotowych dolegliwości, które chyba zaufania do leczenia wodą nie zwiększają: z ewentualnością powstania wyprysku zawsze liczyć się należy.

Pewną uwagę poświęcić trzeba ułożeniu i umocowaniu opaski. Ze względu na niejednakowość rozmiarów brzucha, szerokość i długość opaski musi być dopasowana do osobnika: o ile założenie opaski na brzuch wielki jest łatwe, o tyle trudniej jest z pacyentem szczupłym, gdyż u tego ostatniego opaska albo luzuje się, albo nie przystaje, wskutek czego chory cierpi na dreszcze, a nawet pojawić się mogą zaburzenia kiszkowe itp. Znany mi przypadek, że lekarz usunął skarżącemu się takiemu choremu opaskę, orzekając, że jest dla niego nieodpowiednią: pozwoliłem sobie poradzić temu pacyentowi, w oczach którego opaska była zdyskredytowaną, aby podłożył cienkiego „jaśka“, nb. z pierza, pod ostatni zwój opaski i — zaufanie do wodolecznictwa wróciło; w innym przypadku zastosowałem odpowiednio gruby pokład flaneli, a wynik był taki sam, jak u poprzedniego chorego. Odstawaniu opaski od ciała zapobiedz można przez umiejętne jej przymocowanie. Dotychczas są jeszcze gęsto i często w używaniu opaski, przy których przyszywa się podwójnie złożoną tasiemkę w samym środku brzegu opaski, stanowiącego ostatnią, t. j. zewnętrzną, warstwę bandażu; nic dziwnego, że taka opaska, tylko w środku samym ustalona, po obu brzegach, od góry i dołu od brzucha odstaje. Skoro się zaś poleci choremu, by kazał przyszyć dwie podwójne tasiemki, jednę w górnym, drugą zaś w dolnym końcu poprzecznego wolnego końca opaski, wtedy i umocowanie jej zadowolni lekarza i pacyenta.

Ponieważ wspomniałem o opasce suchej, więc i jej poświęcę kilka słów, bo chociaż nie należy ściśle do wodolecznictwa, zastósowanie jej może przydać się praktykującemu lekarzowi. Stosuję tę opaskę od dawna, a cel jej najlepiej objaśni przykład. Zgłosił się do mnie pacyent, z naciekami gruźliczymi, który świeżo przebył *peri et paratyphlitis*; naciek we właściwem miejscu był znaczny, twardy, przy dotyku jeszcze bolesny; ponieważ chory ten w przeciągu pięciu kwartałów przeszedł już cztery razy, w mniejszym lub w większym stopniu nasilone to samo cierpienie, przeto postanowiłem być ostrożnym ze stósowaniem maści, okładów rozgrzewających, lub kataplazmów. Kazałem choremu leżeć w łóżku, obłożyłem mu brzuch grubym pokładem suchej waty, na to dałem suchą, utrzymującą opaskę; wynik przeszedł moje oczekiwania: po 14-tu dniach zmalał naciek z grubości kiełbasy do grubości zwykłego ołówka: bliższych komentarzy — zdaje się — robić nie potrzebuję. To wszakże pewne, że nie był tu bez znaczenia i wpływ tak skutecznego dla ozdrowieńców powietrza Zakopańskiego.

Za wiele miejsca, jak na „przyczynek“, zajęłoby podanie wszystkich wskazań do stósowania opasek: uczynię to może innym razem: jednocześnie pragnąłbym opisać Sz. czytelnikom kilka ciekawszych przypadków kazuistycznych i zastósowany sposób ich leczenia.

Zakopane. *Dr. W. Tyszkiewicz.*

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie ze szczepień ochronnych przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura za m. październik, 1898 r.

W miesiącu tym leczono ogółem 28 osób, w liczbie tej 7 osób pozostałych w leczeniu z m. września i 6 osób, pozostających nadal w leczeniu na listopad 1898 r.

Wykaz liczbowy tych 28 osób, ze względu na rodzaj pokąsania:

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	2	—	2
w kończyny górne	2	11	6	19
w kończyny dolne i tułów	—	—	7	7
w ciało gołe	2	9	6	17
przez ubranie	—	4	7	11
Liczby ogólne	2	13	13	28

Uwaga: Zwierzęta kąsające były: w 27 wypadkach psy i w 1 wypadku koń.

Osoby szczepione a zmarłe:

1) Franciszek Krupa, lat 7 liczący, syn górnika w Staremmieście na Śląsku, pokąsany przez psa wściekłego w dniu 21 sierpnia 1898, przybył do szczepień 28 sierpnia b. r. Przy badaniu stwierdzono: „wielokrotne ranki na ręce prawej, zadane w ciało obnażone, wymyte w kilka godzin po ukąszeniu roztworem sublimatu“. Szczepiony od 28 sierpnia do 5 września 1898 włącznie Zachorował 17 września, zmarł wśród objawów wodowstrętu dnia 21 września b. r.

2) Anna Perolun, lat 15 licząca, córka włościanina z Wierzbian, powiatu Jaworowskiego, pokąsana przez kota wściekłego w dniu 29 lipca 1898. Przybyła do szczepienia dnia 1 sierpnia b. r. Przy badaniu stwierdzono: wielokrotne ranki na grzbiecie ręki lewej, na dolnym końcu przedramienia prawego i na podudziu lewem; ugryziona w ciało obnażone, rany na drugi dzień zostały wypalone lapisem. Szczepiona od 1 do 9 sierpnia 1898 r. włącznie. Zmarła w dniu 8 września b. r. wśród objawów ogólnego porażenia, ale czy na wodowstręt? — nie wiadomo.

Prof. O. Bujwid.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 17 Listopada.

* Na ostaniem swem posiedzeniu wybrało Towarz. lekar. krak. komisyę przedwyborczą, w skład której powołani zostali koledzy: Braun, Bujwid, Cercha, Ciechanowski, Domański, Filipkiewicz, Gertler, Grażyński, Korczyński Ludomil, Krokiewicz, Kwiatkowski, Lewkowicz. Łazarski, Łepkowski, Marcisiewicz, Murdzieński, Pieniążek, Ponikło, Reiss, Rosner, Schöngut, Sroczyński, Surzycki, Świtalski, Wachholz.

Przewodniczącym tej Komisyi wybrało Towarzystwo kol. Prof Piemążka.

(G.) W Nrze 38 »Przegl. lek« z 17 września b. r. podaliśmy wiadomość o zniesieniu wzajemnego równouprawnienia dyplomów lekarskich, uprawniających do wykonywania praktyki w obu połowach Monarchii Austro-Węgierskiej. Obecnie ministerstwa oświaty i spraw wewnętrznych wydały rozporządzenie (Oester. Sanitätswesen Nr. 37, Rocznik X.), dotyczące tych okoliczności, w których lekarzom jednej połowy Monarchii dopuszczalnem jest wykonywanie praktyki lekarskiej i w drugiej połowie. Ponieważ Galicya szerokim pasem graniczy z Węgrami, przeto podajemy tu streszczenie tego rozporządzenia:

§ 1. Lekarze, którzy w którejkolwiek połowie Monarchii otrzymali prawo wykonywania praktyki lekar. przed 1 Stycz. 1899 roku mają teraz i na przyszłość w obu połowach Monarchii prawo to niezmiennie zachowane. Nawet ci lekarze, którzy prawo to po 1 Stycz. 1899 r. osiągną, lecz już przed tym terminem przynajmniej złożyli bodaj jeden ścisły egzamin, mogą za upoważnieniem odpowiedniego ministerstwa korzystać z tego prawa w obu połowach monarchii.

§ 2. Lekarze obu połów monarchii, zamieszkali i wykonujący praktykę lekar. w pasie granicznym obu połów, mają, — choćby dyplom i po 1 Stycz. 1899 r. otrzymali — prawo wykonywania praktyki także w pasie granicz. drugiej połowy monarchii, a nawet prawo przyjmowania obowiązków prywatnych, n. p. lekarzy fabrycznych, kas chorych itp.

§ 3. Pas graniczny stanowią powiaty polityczne przy granicy dołożone, względnie części powiatów wsuniętych pomiędzy właściwe powiaty graniczne.

§ 4. W pasie granicznym czynni i zamieszkali lekarze, uprawnieni do prowadzenia apteki domowej lub podręcznej, mają prawo korzystania z niej także w pasie granicz. drugiej połowy monarchii, pod warunkiem przestrzegania przepisów, obowiązujących w tym względzie w tej drugiej połowie.

§ 5. Podobnież obowiązani są ci lekarze stósować się do ustaw i przepisów, obowiązujących w tej drugiej połowie monarchii lekarzy praktykujących (n. p. obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych, wypadkach kryminal. itp.).

§ 6. Władze polityczne tych powiatów prowadzą i wymieniają sobie wzajemnie listy lekarzy, uprawnionych w ten sposób do wykonywania praktyki lekars. w całym pasie granicznym. Lekarze zaś zamieszkali w powiatach pasu granicznego, lecz nie leżących przy samej granicy, obowiązani są (!) w drodze swej władzy politycznej zawiadomić władzę polityczną powiatu sąsiedniej połowy monarchii o wykonywaniu przez siebie praktyki lekars. w tej drugiej połowie monarchii.

§ 7. W miejscach kąpielowych, odwiedzanych przez poddanych obu połów monarchii, mogą lekarze drugiej połowy wykonywać praktykę, za osobnem pozwoleniem ministerstwa odpowiedniej połowy.

§ 8. Praktyka konsyliarna lekarzy, używanych w poszczególnych wypadkach do drugiej połowy monarchii na naradę lekar. jest i nadal dozwoloną.

§ 9. Treść §§ 1, 2 i 3 stosuje się i do akuszerek.

§ 10. Lekarze wojskowi w czynnej służbie nie doznają nigdzie przeszkody w wykonywaniu praktyki.

§ 11. Rozporządzenie to obowiązuje od 1 Stycznia 1899.

§ 12. Równorzędne zarządzenie wydaje równocześnie król. rząd węgierski.

* W niedzielę, dnia 13 b. m., odbyło się we Lwowie poświęcenie polikliniki, t. j. lecznicy prywatnej, utrzymywanej staraniem i kosztem kilkunastu lekarzy lwowskich. Założona w roku 1885, mieściła się lecznica w mieszkaniu najętem; niedzielna uroczystość złączoną została z przeniesieniem tej instytucyi pod własny dach.

* Kalendarz Lekarski na rok 1899, wydany, jak i lat poprzednich, przez Doc. Dra Jana Raczyńskiego, opuścił prasę. Posiada on tak co do kształtu, papieru, druku, jak i treści, wszystkie zalety swego poprzednika. W niektórych działach, np. w poradniku terapeutycznym, znajdujemy korzystne zmiany; dział »nowych leków« został uzupełniony nabytkami ubiegłego roku. Wiele nowych wiadomości, dotyczących chemii lekarskiej, rozszerzyło zakres zadań kalendarza. Ułożenie skorowidzu lekarskich instytucyj w Galicyi, oraz wiernie spisany szematyzm lekarski, czynią to wydawnictwo niezbędnem *vade mecum* każdego lekarza i, z tego względu, jako też dla wartości swej treści, kalendarz lekarski krakowski nie może mieć żadnego u nas współzawodnika.

* Z powodu panującej we Lwowie płonicy czyni ostrzegające uwagi „Słowo Polskie", że kwiaty i krzewy, któremi przyozdabia się katafalk zmarłych na choroby zakaźne, częstokroć bezpośrednio są wynajmowane dla dekoracyi sal balowych, a nawet mieszkań prywatnych, w których odbywają się uroczyste obchody.

* Szlachetne zasady Pasteura nie przestają wywierać dobrotliwego wpływu na jego byłych uczniów: Dr. Calmette ofiarował Instytutowi Pasteurowskiemu 250,000 fr, złożonych mu przez właścicieli winnic w Seclin za zastósowanie jego metody do destylacyi wina.

* »Berliner Tageblatt« donosi, że na tegorocznem zebraniu rosyjskiej Rady państwa ma się rozstrzygnąć sprawa ustanowienia ministerstwa dla spraw lekarskich. Powołanie do życia tej instytucyi zdaje się nie ulegać wątpliwości.

* Podczas uroczystego przyjęcia, jakie niedawno wyprawiono w Londynie prof. Virchowowi, doręczono wielkiemu uczonemu telegram bezimienny tej treści: »Precz ztąd nędzny wiwisekcyonisto! Anglia gardzi tobą i przesyła ci kopnięcie nogą tam, gdzie się należy«. Łatwo odgadnąć, że to nie popsuło uroczystości Virchowowi, ale musiał on pomyśleć sobie to, co w wiedeńskiej Radzie państwa głośno powiedział poseł Gniewosz pewnemu nieparlamentarnemu parlamentarzyście.

* Nienależąc do ludzi wykształconych w obszernem słowa znaczeniu, morderca Cesarzowej Elżbiety, Luccheni, dobrze zna kryminologów i ich dzieła. Już w więzieniu wypraszał on sobie, ażeby go nie poczytano za obłąkanego lub za zbrodniarza z urodzenia, jakby gotów nazwać go Lombroso.

Co do Lombroso, to w istocie obawy Lucchenigo ziściły się słowo w słowo. Inni kryminologowie, przyglądając się fotografii tego zbrodniarza, dopatrzyli, że cała lewa jego strona, a więc: policzek, szyja, tułów i kończyny — są mniej rozwinięte; z czego wypływałoby, że Luccheni przebył w dzieciństwie *encephalo-myelitis*, cierpienie dziedziczne, atawistyczne następstwo opilstwa, nędzy fizyologicznej, a może jakiej choroby zakaźnej, przebytej w niemowlęctwie. Podług tego fotograficznego orzeczenia Luccheni ma należeć do gromady »asymetryków umiérównoważonych«.

Mianowani: Doc. Zoth Oskar — prof. nadzwyczajnym fizyologii w Gradcu, prof. nadzw. psychiatryi Dr. Obersteiner — profesorem zwyczajnym w Wiedniu. Dr. Kouwer — profesorem ginekologii w Utrechcie. Dr. Marignac — prof. higieny w Genewie. Dr. Bouget — profesor kliniki chor. wewn. w Lozannie.

Nekrologia. † **Dr. Witold Jodko Narkiewicz**, znany w świecie lekarskim okulista, zakończył życie, licząc lat 64. Zmarły urodził się w roku 1834, szkoły średnie odbył w Mińsku, a uniwersytet w Dorpacie. Stopień doktora medycyny uzyskał w Radzie lekarskiej Królestwa polskiego w r. 1859. Po odbytej podróży naukowej, w celu dalszego doskonalenia się w okulistyce, osiadł w r. 1860 w Warszawie i wkrótce objął posadę kierownika oddziału ocznego w szpitalu żydowskim, a od r. 1870 był ordynatorem w instytucie oftalmicznym. Po napisaniu rozprawy: „O akomodacyi prawidłowej, przestrzeni akomodacyjnej" został mianowany w roku 1862 docentem do wykładów z zakresu okulistyki w Szkole głównej warszawskiej i pełnił ten obowiązek do r. 1866. Ogłosił kilkadziesiąt rozpraw w „Tygodniku Lekarskim" i »Pamiętniku Towarz. lek. warszawskiego«, oraz przełożył »Oftalmologię« Weckera na język polski.

Od lat 10 zamieszkał w rodzinnej wiosce Bobowinie w gubernii mińskiej, gdzie też dokonał zasłużonego żywota. Cześć Jego pamięci.

Zmarli: Dr. Leon Klein, lekarz miejski w Chrzanowie, zmarł w 56 roku życia. Dr. P. Delijanis, prof. zwycz. patologii, zmarł w Atenach.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 23 Listopada, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* (Sala Sniadeckich).

Na porządku dziennym:

1) Sprawy administracyjne.

2) Kol. Dr. Rutkowki Maks. wygłosi: „O niedrożności jelit mechanicznej na podstawie 156 przypadków". (Odczyt ten miał się odbyć na poprzedniem posiedzeniu, lecz dla braku czasu nie przyszedł do skutku).

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków, 26. Listopada 1898. Nr. 48.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie, pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

O zmniejszaniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu.

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński.

Starożytni lekarze, oprócz obrotu i wydobycia płodu za nóżki, znali dobrze tylko operacye pomniejszające płód. Z tego powodu stósowali bardzo często zmniejszenie pojemności główki, lub kawałkowanie płodu, używając w tym celu najrozmaitszych narzędzi. Dopiero gdy w połowie 16-go stulecia obrót na nóżki został na nowo wprowadzonym i zaleconym, szczególniej przez Ambrożego Paré, a właściwie dopiero po wprowadzeniu kleszczy „manus ferrei“ Palfyna w pierwszej połowie 18-go stulecia, liczba operacyj pomniejszających płód została ograniczoną tylko do poszczególnych przypadków.

Pytanie, w jakich warunkach jest dozwolonem wykonanie kraniotomii na płodzie żywym, zajmowało położników już od najdawniejszych czasów, jak o tem świadczą odnośne ustępy z pism Hippokratesa, Celsyusza, Galena, Tertuliana i innych. W naszych czasach prawie ogólnie polecają wykonywać kraniotomię na płodzie nieżywym, jeżeli zabieg ten będzie najłagodniejszym zabiegiem operacyjnym, rozwiązującym matkę; na płodzie zaś żywym zabieg ten jest dozwolonym tylko w przypadkach bezpośrednio grożącego niebezpieczeństwa dla życia matki, a więc w przypadkach, w których płód niepomniejszony żadną miarą przez miednicę nie mógłby przejść, w których zatem, poświęcając życie płodu, ratowalibyśmy matkę, nie zezwalającą na wykonanie cięcia cesarskiego.

Stanowisko kraniotomii na płodzie żywym względem innych zabiegów, jak cięcia cesarskiego i symfyseotomii, ściśle oznaczonem, jak dotąd, nie jest; prawie wszyscy jednak zgadzają się na podstawie licznych prac i zestawień statystycznych wyników operacyjnych, że pomniejszenie główki płodu żywego na razie ma racyę bytu i prawdopodobnie pozostanie zabiegiem, który szczególnie w praktyce prywatnej zastósowanie mieć musi.

W celu rozwiązania rodzącej, przez zniesienie niestosunku porodowego zapomocą zmniejszenia główki płodu, możemy wykonać albo otwarcie jamy czaszkowej i usunięcie z niej treści t. j. mózgu lub płynu w razie wodogłowia, albo też zmiażdżenie kości czaszkowych, skutkiem czego główka może się następnie przez wydłużenie zastósować do wymiarów miednicy. W obu przypadkach, to jest tak po wykonaniu perforacyi, jakoteż i po zmiażdżeniu, możemy się zachować bądź wyczekująco i pozostawić dalszy przebieg porodu siłom przyrody, bądź też czynnie i wykonać następnie wydobycie główki, względnie całego płodu, przez pociąganie. W bardzo rzadkich tylko przypadkach może być korzystniejszą rzeczą dla rodzącej postępowanie wyczekujące; zwykle zmuszeni jesteśmy jednocześnie poród ukończyć i w tym celu przystępujemy zaraz do wydobycia płodu. Przed wykonaniem zmiażdżenia główki płodu, radzą obecnie wykonać naprzód wymóżdżenie, gdyż wtedy pojedyńcze kawałki kości łatwiej się zapadają i przystosowują do rozmiarów miednicy, nie doznając oporu od wewnątrz.

Liczba narzędzi, zalecanych do zmniejszenia pojemności główki płodu, jest bardzo wielka. Używane do perforacyi i trepanacyi narzędzia bywają kształtem zbliżone do grotu, opatrzonego osłoną lub nie, albo do świdra i ręcznej trefiny; następnie mają kształt nożycowaty i to z wygięciem miednicowem, lub bez niego, a wreszcie trepany proste lub zakrzywione. Płód, którego główkę zmniejszono, można wydobyć przez pociąganie, albo jak dawniej zalecano po wykonaniu obrotu za nóżki, albo też przez założenie palca do otworu w czaszce lub do ust płodu, a dalej zapomocą narzędzi jak haki ostre lub półostre, lub też takich, które po wprowadzeniu do jamy czaszkowej ustawiają się poprzecznie; dalej narzędzi, mających kształt pincet lub kleszczy kostnych, a wreszcie zapomocą kleszczy zwykłych położniczych, kranioklastu lub kefalotryptoru. Do zmiażdżenia zaś główki służą rozmaitego kształtu i wymiarów kefalotryptory, których wielka liczba najlepiej wskazuje, że zadaniu swojemu nie zupełnie odpowiadają.

Dla tego celu polecano różne narzędzia więcej lub mniej złożone: tnące, krające lub piłujące, które miały za zadanie oddzielać pojedyncze części lub kawałki kości główki dla zmniejszenia jej objętości. Tu wymienić należy *forceps-scie* Van Huevela, *diatripteur* Didota, *labitom* Ritgena, *segocephalotom* Finizia, *transforateur* Huberta, *diviseur céphalique* Joulina, wewnątrz czaszkowy *kephalothripteur* Guyona, *basilyst* Simpsona itd.

Jednak w praktyce narzędzia te nie przyjęły się, i obecnie szkoła niemiecka po otwarciu jamy czaszkowej, używa do wydobycia płodu kranioklastu według Simpsona-Brauna, lub też w nieco zmienionej formie. Największe zmiany tego narzędzia podali Acconci, Schwarz i Jetgen, który nawet nazwał poprawione narzędzia kraniospastem. Większość autorów, szczególnie szkoły niemieckiej, nie zaleca zmniejszania objętości główki płodu przez zmiażdżenie; przyznają jednak, że w pewnych przypadkach postępowanie takie może być wskazane i w tym celu używają kefalotryptorów Breiskyego, Barnesa lub Buscha.

Jak w poszczególnych przypadkach należy postępować, zależy to od stopnia niestosunku porodowego. Fehling, mówiąc o wskazaniach, sądzi, że wobec wymiaru prostego miednicy, wynoszącego 8½ ctm. lub więcej, wystarczy zawsze kranioklast do wydobycia płodu; kefalotryptoru zaś radzi użyć tylko w przypadkach, w których wymiar prosty miednicy wynosi mniej niż 8½ do 6-ciu ctm., jeżeli pociąganie kranioklastem nie prowadzi do celu. Wobec znaczniejszego stopnia ścieśnienia miednicy, przeprowadzenie płodu donoszonego, nawet pomniejszonego, przez miednicę nie da się wykonać; wówczas należy przystąpić do cięcia cesarskiego, mając ku temu wskazanie bezwzględne. Jako granicę zaś ścieśnienia miednicy, przy którem nie należy już wykonywać pomniejszenia płodu, podają przeciętnie wymiar prosty miednicy = 6 ctm. Niektórzy jednak autorowie wykonywali kraniotomię i wobec znacznie więcej ścieśnionych miednic, których wymiar prosty wynosił 4½ ctm., a nawet mniej. Jeżeli niestosunek porodowy nie jest bardzo znaczny, to zmniejszenie objętości główki i wydobycie płodu nie przedstawiu wielkich trudności; jeżeli jednak niestosunek pomiędzy główką płodu a wymiarami miednicy matki jest bardzo wielki, to w takim razie zabieg może być bardzo trudnym i mozolnym, a nawet często nie prowadzi do celu. —

Ponieważ w przypadkach znacznego niestosunku porodowego główka znajduje się ruchoma nad wchodem miednicy, przeto założenie narzędzia, które ma służyć do zgniatania główki i należyte ujęcie jest bardzo trudne, nawet po ustaleniu główki przez powłoki brzuszne. Najczęściej zostanie uchwyconą a następnie zgnieciona tylko górna część główki, podczas gdy podstawa czaszki, stanowiąca zwykle po wymóżdżeniu największą przeszkodę, pozostaje nietkniętą. Z tego powodu podał Pajot w r. 1863 *cephalotripsie répétée sans tractions*, które to postępowanie polega na tem, że po założeniu kefalotryptora i zgnieceniu główki, okręca się główkę na około osi podłużnej o ćwierć obrotu, następnie zakłada narzędzie w innym wymiarze główki i zgniata. Po kilkakrotnem powtórzeniu tej czynności radzi Pajot zaczekać dwie lub trzy godziny, dokąd się główka nie obniży, a następnie zakładać wyżej na główkę kefalotryptor i zgniatać dalsze części główki, wśród czego stara się zmniejszyć podstawę czaszki. Postępowanie to, jakkolwiek niezmiernie przykre i męczące dla rodzącej, stanowiło niezaprzeczony postęp. W roku 1883 podał Tarnier, w celu ułatwienia zgniecenia podstawy czaszki, nowy przyrząd, złożony z 3-ch części: środkowej służącej do perforacyi i dwu bocznych łyżek nie równej długości, które służyć mają do zgniecenia główki i nazwał go basiotrybem. Narzędzie to w porównaniu z dotychczas używanemi, okazało się dość dobrem, a Varnier przytacza nawet przypadek ścieśnienia miednicy w wymiarze prostym = 5·5 ctm., w którym z pomyślnym wynikiem zostało użyte.

Przy stosowaniu kranioklastu i kefalotrybu łatwo przekonać się można, że narzędzia te działają zupełnie odmiennie; gdy kranioklast, na co się wszyscy zgadzają, jest doskonałem narzędziem do wydobycia, a niezdatnem do zmniejszenia objętości główki płodu, to na odwrót, kefalotryb jest dobrym do zmiażdżenia główki, ale nie do pociągania, gdyż bardzo łatwo się ześlizguje. Połączenie zatem obu tych narzędzi razem w jedno, powinno zadość czynić obu wymaganiom. Z tego założenia wychodząc, podał Auvard w roku 1890 *l'embryotome céphalique, combiné* narzędzie złożone podobnie jak basiotryb z trzech części. Część środkowa może służyć zarazem do perforacyi i wprowadzoną być musi najpierw, jako część męzka, do jamy czaszkowej, a po wyszukaniu ma się wśrubować w otwór wielki czaszki (foramen magnum) i w ten sposób główkę ustalić. Następnie założyć należy jedną część boczną, która przedstawia łyżkę żeńską kranioklastu, a zarazem łyżkę kefalotrybu. Dopiero po zamknięciu tych dwu części i ustaleniu należycie w ten sposób główki, należy zakładać trzecią część narzędzia, która przedstawia drugą łyżkę kefalotrybu. Połączenia wszystkich tych części znacznie zmienił Zweifel w r. 1897 i w ten sposób powstało narzędzie, za pomocą którego można zmniejszyć główkę i zarazem wydobyć płód, a którego największą zaletą jest uchwycenie i ustalenie główki od początku zabiegu. Boczne części narzędzia tego dają się założyć wysoko na główce, obejmując zarazem podstawę; przy zgniataniu zaś główki, łyżki nie ześlizgują się w kierunku poziomym, a przy pociąganiu — w kierunku pionowym.

Rokowanie w przypadkach zmniejszenia pojemności główki i wydobycia płodu zależy od stopnia niestosunku porodowego, od przebiegu porodu, od zabiegów, których próbowano przed przystąpieniem do zmniejszenia pojemności główki, a wreszcie od rodzaju zabiegów wykonanych w celu wymóżdżenia i wydobycia płodu. Przy główce ruchomej, wysoko nad wchodem ustawionej, już samo otwarcie jamy czaszkowej może sprawiać znaczne trudności. Po pierwsze, narzędzie łatwo się może ześlizgiwać, lub też główka usuwać; to też znanym jest np. przypadek, w którym wykonano trepanacyę kości krzyżowej matki zamiast główki płodu; a po drugie otwór w czaszce, skutkiem znacznej ruchomości główki, może się łatwo z pola operacyjnego usunąć, zwłaszcza przy mało rozwartem ujściu zewnętrznem macicy i w takich przypadkach potrzeba niekiedy zrobić następnie drugi, a nawet i trzeci otwór.

Najczęstsze jednak i najniebezpieczniejsze są dla rodzącej zranienia i odgniecenia części miękkich, a więc szyjki macicy i pochwy, już to wśród niezręcznie wykonywanego otwarcia czaszki, już też przy pociąganiu i wydobywaniu płodu. Przy pociąganiu za pomocą kranioklastu zranienia powstać mogą skutkiem wyrywania się narzędzia wraz z odłamkiem kości, który wtedy rani, niemniej przy wydobywaniu główki powstać mogą obrażenia przez ostre wystające odłamki kości, które przebiły części miękkie główki. Jeżeli zaś drogi porodowe nie są dostatecznie przygotowane, natenczas przy silnem i zbyt szybkiem pociąganiu główki, części miękkie, nader gwałtownie rozciągane, mogą uledz rozdarciu. Używając zaś kefalotrybu, mogą, oprócz zranień przez wystające odłamki kości, powstać nawet bardzo znaczne obrażenia i rozdarcia wskutek ześlizgiwania się narzędzia. Przy bardzo silnem i gwałtownem pociąganiu może wreszcie nastąpić niekiedy rozstęp, a właściwie rozerwanie spojenia kości łonowych, lub spojeń krzyżowo-biodrowych.

Oprócz tego kefalotryby posiadają jeszcze tę wadę, że łyżki, obejmujące główkę, zabierają stosunkowo wiele miejsca; nawet po poprzednio wykonanej perforacyi i wymóżdzeniu, wprawdzie główka zmniejsza się w wymiarze uchwy-

conym przez łyżki nawet o 4—4$^1/_2$ ctm., ale natomiast inne wymiary główki się powiększają tak, że przy przechodzeniu przez miednicę, główka niema swobody wykonywania zwrotów i dobrego przystósowania się do wymiarów miednicy.

Liczne, z tych powodów powstałe zranienia i obrażenia musimy uważać bezsprzecznie za miejsca sposobne do wtargnięcia drobnoustrojów, tem więcej zaś obawiać się możemy tego w przypadkach płód pomniejszających, w których najczęściej nie jedną już poprzód próbę rozwiązania matki bezskutecznie wykonano i w których, skutkiem długo przeciągającego się porodu, występuje niekiedy nawet obumarcie tkanek, z powodu odgniecenia przez część poprzedzającą płodu. Cząstki tych oddzielających się tkanek, oraz wydzielinę, możemy przenieść wśród zabiegu wyżej, a w ten sposób przyczynić się do zakażenia. To też śmiertelność po operacyach pomniejszających główkę i wydobyciu płodu była do niedawna bardzo wielką, gdyż wynosiła według różnych autorów od 12·5%—38·5%. Obecnie, według wyników z różnych zakładów, które zestawił Caruso, wypada przeciętnie śmiertelność po kraniotomii 6·6%, podczas gdy według zestawienia tego samego autora, śmiertelność po cięciu cesarskiem wynosi 10·6%. Zestawienie to jednak ma tylko wartość względną; jeżeli bowiem, tak jak obecnie postępujemy, pomniejszenia główki płodu nie będziemy uważać za zabieg, który tylko w ostateczności należy wykonywać, lecz wobec płodu nieżywego wykona się go wcześnie, a wobec płodu żywego nie zapóźno ze względu na matkę, to w takim razie wyniki będą jeszcze lepsze. Według zestawienia bowiem, odnoszącego się do czasów najnowszych, a przytaczanego w podręczniku Schauty, śmiertelność po pomniejszeniu główki płodu, po potrąceniu przypadków, które nie mogą być policzone na karb tego zabiegu, wynosiła na klinice Kezmarskyego = 21%, K. Brauna = 1·96%, a Leopolda = 1·6%.

Jak z jednej strony starano się przez wydoskonalenie narzędzi, służących do zmniejszenia pojemności główki i wydobycia płodu, umożebnić przeprowadzenie płodu nawet wobec bardzo znacznego niestosunku porodowego drogami naturalnemi, tak z drugiej strony nie brak usiłowań, aby przez odpowiednie postępowanie ułatwić w pewnych przypadkach zabieg, a przedewszystkiem uchronić części miękkie rodzącej przed możliwemi obrażeniami.

Tu musimy zaliczyć w pierwszym rzędzie używanie wzierników.

Według historycznych poszukiwań Haussmanna o „speculum matricis“, już w dziełach Tertuliana, żyjącego około r. 220 po Nar. Chr., znajdujemy opis narzędzia, za pomocą którego przed przystąpieniem do wydobycia płodu rozszerzano przewód rodny. Następnie w dziele swojem o chirurgii radzi Guy de Chauliac (około roku 1498) wyraźnie wprowadzać przy ciężkich porodach wziernik, nie tyle dla ułatwienia rozpoznania, jak raczej dla rozszerzenia części rodnych, a to w celu lepszego dostępu do części poprzedzającej płodu.

Również Valescus (około r. 1502), Petrus della Cerlata, Savonarola, Jacobus Rueff (około r. 1587) i Vidi Vidius (około r. 1626) wspominają i zalecają w swoich dziełach używanie wzierników dla ułatwienia wydobycia płodów. Dopiero od czasów, gdy ilość operacyj płód pomniejszających została ograniczoną na korzyść obrotu na nóżki, a następnie kleszczy, liczba zwolenników używania wzierników w położnictwie maleje, a natomiast różni autorowie, jak Cornelius Solingen (około r. 1693) i Siegemundin (około r. 1723), przestrzegają nawet wyraźnie w swoich dziełach przed używaniem wzierników, uważając je nietylko za zbyteczne przy wykonywaniu operacyj położniczych, ale nawet za szkodliwe.

W nowszych czasach ogólnie nie zalecają wzierników przy wykonywaniu operacyj położniczych.

Dopiero Skene w r. 1877, na Zjeździe ginekologów amerykańskich, zalecił w ogólnych zarysach używanie wzierników Simsa, w ułożeniu rodzących na bok lewy, przy wykonywaniu różnych operacyj położniczych. W ten sposób wykonał on otwarcie jamy czaszki, zmiażdżenie główki płodu, wprowadzenie łyżek kleszczy, amputował wypadniętą rączkę w stawie barkowym, przeprowadził pętlę przez pachwiny w położeniu miednicowem płodu, wprowadzał rozszerzadła Barnesa do macicy itd. Wreszcie użył wziernika przy odprowadzeniu wypadniętej pępowiny w ułożeniu kolankowo-łokciowem rodzącej, za pomocą narzędzia, służącego do trzymania gąbek i w ten sam sposób radził postępować przy odprowadzaniu wypadniętej rączki.

Następnie Horwitz, opisując w r. 1879 przypadek kraniotomii na główce ruchomej i przy ujściu zewnętrznem rozwartem na dwa palce, w którym dla ułatwienia perforacyi użył dużego wziernika Fergussona, zwrócił uwagę na korzyści z operowania w pewnych przypadkach pod kontrolą wzroku. Inaczej zapatruje się Fischer, który wspominając, że na klinice Sławińskiego użyto 4 razy wziernika łyżkowego przy perforacyi, dodaje, że nieodzownem jest przy tem, aby główka była ustawioną w próżni, a nie we wchodzie miednicy. W r. 1886 zalecił dalej Phänomenoff wykonywanie otwarcia jamy czaszkowej we wzierniku, przy czem, jeżeli główka jest ruchoma, radzi ustalić ją zapomocą dwu kulociągów, założonych na części miękkie. Wreszcie Kehrer, mówiąc o operacyach położniczych, wspomina, że przy wykonywaniu embryotomii można użyć wzierników Simona. Wychodząc z założenia, aby przy wykonywaniu operacyj pomniejszających płód, ograniczyć możliwość przenoszenia wydzieliny z niższych do wyżej położonych części dróg porodowych, to jest z pochwy do macicy, używam przy wykonywaniu tych zabiegów od dłuższego czasu również wzierników łyżkowych, którą to rzecz przed półtora rokiem drukiem ogłosiłem.

Przy tem postępowaniu operator nie potrzebuje wcale wprowadzać rąk do macicy, lecz operuje narzędziami wyłącznie na części poprzedzającej płodu, dostępnej dla wzroku. W końcu, aby wydzieliny z pochwy nie przenieść do jamy macicy, polecił również następnie Burckhardt użycie szerokich wzierników łyżkowych, osłaniających części płciowe zewnętrzne i ściany pochwy, przy wydobywaniu ręcznem popłodu.

W celu ułatwienia wydobycia główki polecano dalej usuwanie pojedynczych kości, lub też tylko kawałków kości, dla znaczniejszego pomniejszenia główki, czy to zapomocą osobnych narzędzi (Boer, Mesnard-Stein), czy też jak radzi Barnes zapomocą swego *craniotomy-forceps*. Również Fritsch radzi w przypadkach cięższych, gdy wymiar prosty miednicy wynosi około 5—7 ctm., usunąć po otwarciu jamy czaszkowej najpierw kości boczne czaszki zapomocą

pincety Boera, a następnie dopiero założyć kranioklast na twarz płodu i starać się przez miednicę przeprowadzić podstawę czaszki w ustawieniu pionowem. Przy bardzo znacznym niestosunku porodowym, w którym pociąganie zapomocą kranioklastu nie prowadzi do celu, polecił Lazarewitsch w r. 1884 na międzynarodowym Zjeździe w Kopenhadze nowe dwa narzędzia do pomniejszenia główki. Jedno tępe, służące do ujęcia kości, drugie ostre, podobne do nożyc używanych w chirurgii przy opatrunkach gipsowych, które się zamykało i otwierało przez przyśrubowanie lub odśrubowanie mutry. Za pomocą tych narzędzi radził następnie wycinać kawałki kości i usuwać je bez użycia kranioklastu. Również Bayer na Zjeździe lekarzy niemieckich w r. 1885, pokazując między innemi narzędziami szczypczyki kostne wązkie, których używa przy kraniotomii, zaznaczył, że kranioklastu nie używa więcej, lecz szczypczykami oddziela po kawałku kości główki i pojedynczo je wydobywa. Według podania Bayera operacya w ten sposób wykonywana może trwać nawet dwie godziny, lecz w ten sposób uniknąć można znaczniejszych obrażeń szyjki macicznej. O użyciu wzierników jednak Lazarewitsch i Bayer nie wspominają; operowali zatem prawdopodobnie na ciemno, kierując i posługując się tylko dotykiem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Zakrzep zatoki poprzecznej pochodzenia usznego, wyleczony drogą operacyjną.

Podał

Dr. Stefan Schoengut.

Literatura operowanych przypadków zakrzepu zatoki poprzecznej pochodzenia usznego urosła w ostatnich czasach do dość znacznych rozmiarów. Pomimo tego, postanowiłem zachęcony przez prof. Trzebickyego, ze względu na szybkie powstanie zakrzepu w przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, jako też i na wczesne rozpoznanie, oraz pewne wątpliwości dyagnostyczne, wreszcie ze względu na znaczenie badania dna oka, opisać własny przypadek, a to:

D. 17-go lutego 1898 r. zgłosiła się do mnie panna A. S., lat 15 licząca, skarżąc się, że od dłuższego czasu cierpi na często powracający dotkliwy ból w prawem uchu. Badanie wykazało: pacyentka dobrze zbudowana, dobrze odżywiona, okazuje jednak pewnego stopnia niedokrewność i słabe objawy zołzów. Narządy wewnętrzne prawidłowe; niegorączkuje. Błona bębenkowa prawa okazuje przekrwienie średniego stopnia, szczególnie w okolicy krótkiego wyrostka młoteczka, nie wypuklona, nie zgrubiała, miejscami tylko zmętniała. Słuch po stronie prawej dość znacznie upośledzony. Próba Rinnego wypada ujemnie. Stroik, przyłożony na szczyt głowy, słyszy pacyentka lepiej po stronie prawej. Wyrostek sutkowy pod naciskiem nie bolesny. Błona bębenkowa lewa, prócz lekkiego zmętnienia, nie okazuje zboczeń. Słuch nieznacznie upośledzony. Badanie nosa i jamy nosowo-gardłowej wykazuje istnienie podostrego nieżytu z obrzękiem błony śluzowej średniego stopnia. Zaleciwszy pacyentce ostrożność przy siąkaniu nosa i w razie powtarzania się bólu lek narkotyczny do ucha, wyraziłem życzenie zobaczenia jej powtórnego za dwa dni. D. 19-go lutego, wezwany do pacyentki, zastałem stan następujący: gwałtowne bóle w prawem uchu, błona bębenkowa prawa silnie przekrwiona, w tylnym odcinku nieco wypuklona. Ucisk na wyrostek sutkowy nieco bolesny. Ciepłota ciała 37,8° C, tętno 88, regularne.

20/II. bóle utrzymują się, tylny odcinek prawej błony bębenkowej mocniej wypuklony. Chora skarży się na bóle w uchu lewem; błona bębenkowa lewa okazuje średniego stopnia przekrwienie. Ciepłota ciała 38° C, tętno 90.

21 i 22 lutego stan tensam. Bóle silne utrzymują się po obydwu stronach, rozpromieniając się po potylicy. Zalecono lodowe okłady na wyrostek sutkowy po obu stronach. 23/II. wieczorem wystąpił silny dreszcz, poczem gorączka, wynosząca 39,6° C., utrzymywała się aż do północy, a następnie dość szybko opadła do 37,5° C. Podczas gorączki były silne bóle głowy.

24/II. stan przedstawia się jak następuje: błona bębenkowa prawa w tylnym odcinku silnie wypuklona, blado-żółto przeświecająca; lewa mniej wypuklona, przyczem jednak również tylny odcinek żółtawo prześwieca. Wykonałem po prawej stronie przecięcie błony bębenkowej. Po upływie 5 godzin zaczęła odpływać skąpa ilość wydzieliny gęstej, lepkiej. Ciepłota ciała w ciągu dnia waha się między 37,5° a 38° C.

25/II. przecięto z powodu wybitnych objawów wypociny ropnej w lewej jamie bębenkowej błoną bębenkową lewą. Ciepłota ciała rano 37,6° C; popołudniu silny dreszcz z ciepłotą 39,4° C, która utrzymuje się przez kilka godzin. Ciepłota wieczorna 37,4° C. Podczas gorączki silny ból głowy, szczególniej w okolicy potylicy.

26/II. przed południem dreszcz z ciepłotą 39,7° C. tętno 110, w południe 37,3° C, pod wieczór znów dreszcz i 39,5° C.

27/II z powodu zatrzymania się wydzieliny, wykonano po raz drugi przecięcie błony bębenkowej lewej. Po stronie prawej odchodzi skąpo wydzielina gęsta, lepka. Ciepłota ciała waha się między 37° a 37,5° C., z wyjątkiem kilku godzin około południa, kiedy, po silnym dreszczu, dochodzi do 39,6° C. Tętno 112, regularne. Badanie narządów wewnętrznych nie okazuje zboczeń. W moczu nie ma składników nieprawidłowych. Bóle po obydwu stronach równie silne, przytem ból całej głowy, szczególnie jednak potylicy. Kark i szyja przy ucisku bolesne, szczególnie wzdłuż żyły szyjnej. Chora skarży się na utrudnione otwieranie ust i ból przy połykaniu. W gardle przedmiotowo nic nie da się wykazać. Wobec ropniczego toru ciepłoty uzasadniona była obawa poważniejszych powikłań środczaszkowych. Rozstrzygnięcie jednak, czy zapalenie ropne ucha środkowego, które wywołało to powikłanie, było po stronie prawej czy lewej, przedstawiało znaczne trudności. W każdym razie opisane objawy budziły poważne podejrzenie, że mieliśmy do czynienia z zakrzepem w zatoce żylnej poprzecznej. Wspólnie z wezwanym na naradę prf. Trzebickym postanowiliśmy zasięgnąć zdania okulisty, co do stanu dna oka. Jakoż w ten sam dzień wykonane badanie narządu wzrokowego dało wynik następujący: żyły siatkówkowe po stronie prawej grubsze, mocniej wypełnione, niż po lewej. Tarcza nerwu wzrokowego również po prawej stronie więcej różowa, niż po lewej. Zresztą w narządzie wzrokowym niema zboczeń; narząd mięśniowy prawidłowy. Chociaż wynik badania oczu nie dał nam ścisłych wskazówek rozpoznawczych, to jednak skłaniał nas do operowania po prawej stronie. Równocześnie mogliśmy spostrzedz objawy, świadczące o prawdopodobnem zajęciu żyły szyjnej (vena jugularis) prawej, która będąc nieco twardszą, na kształt postronka dawała się wyczuć aż ku obojczykowi.

28/II. rano wykonał prof. Trzebicky operacyę: w uśpieniu oddłutowano wyrostek sutkowy aż do „antrum". Corticalis znaleziono twardą, przekrwioną, komórki wyrostka sutkowego zawierają powietrze i w małej ilości tylko wypełnione ziarniną; miejscami kość trochę rozmiękła. Po oddłutowaniu kości ku tyłowi i trochę na wewnątrz odsłonięto zatokę poprzeczną na przestrzeni korony. Zatoka nieco zapadła, nie tętniąca; ściana zatoki niebieskawo zabarwiona, przyćmiona. Dużem, poprzecznem cięciem otworzono zatokę; z otworu wydobywa się zaledwie kilka kropel ciemno-czerwonej krwi. Przy ostrożnem badaniu zgłębnikiem przekonaliśmy się, że powyżej i poniżej zatoka zajętą jest zakrzepem. Wsunąwszy wolno pasek gazy jodoformowej do zatoki, (drugi do jamy antrum), założono zwykły opatrunek. Stan chorej po operacyi dobry. Ciepłota wieczorna 38° C; dreszczu nie było.

D. 1-go marca zmiana opatrunku; ciepłota rano 37,2°, wieczór 37,8° C. Do 7-go marca ciepłota waha się między 37° a 37,8° C; ani razu nie było dreszczu. Od 8 go marca ciepłota ciała prawidłowa, stan ogólny z każdym dniem się poprawia. Równocześnie ropotok po stronie lewej ustał, jak również bóle. D. 1-go kwietnia rana za uchem prawem zgoiła się. Badanie dna oka wykazuje stosunki prawidłowe, tylko żyły po prawej stronie w porównaniu nieco jeszcze szersze; obie tarcze nie przedstawiają, co do barwy, żadnej różnicy. Chora badana po trzech tygodniach, wykazuje: za uchem prawem blizna wciągnięta liniowa, błona bębenkowa zmętniała, zresztą prawidłowa, nie przedziurawiona; po stronie lewej lekkie zmętnienie błony, także nie prze-

dziurawionej. Słuch po obydwu stronach w przybliżeniu prawidłowy Stan ogólny zupełnie dobry. —

Przypadek nasz z kilku względów jest pouczający. Przedewszystkiem rozpoznanie nie było łatwem dlatego, że chociaż tor gorączki był ropniczy, to jednak można było także myśleć o zatrzymywaniu się wydzieliny ropnej w jamach, należących do ucha środkowego, w *antrum* i komórkach sutkowych, i ztąd pochodzącem wessaniu ropy. Gdy wykonane nacięcie błony bębenkowej po stronie prawej raz, a po lewej dwa razy, nie zapobiegło powtarzaniu się dreszczów z wysoką ciepłotą, pomimo że ułatwiło odpływ lepkiej i bardzo ciągnącej się wydzieliny, musiało się coraz bardziej utwierdzać podejrzenie o poważniejsze powikłanie śródczaszkowe. Objawy zapalenia ucha środkowego były po obu stronach mniej więcej jednakie; raz po prawej, to znowu po lewej bywały większe bóle, a po obu stronach ucisk jednakowo dotkliwy. Różnica polegała tylko na tem, że sprawa po stronie prawej była nieco wcześniejszą i że żyła szyjna (jugularis) po stronie prawej robiła wrażenie zwiększonego oporu. Gdy stan chorej coraz większe budził obawy i zabieg operacyjny wydawał nam się koniecznym, szło przedewszystkiem o to, po której stronie wykonać operacyę. Pod tym względem wątpliwości nasze znacznie zostały rozprószone przez wynik badania dna oka Albowiem, jak z jednej strony pouczył on nas, że niebezpieczeństwo grozi ze strony ucha prawego, tak z drugiej zniewolił nas do szybkiego działania, gdyż wystąpienie zmian w dnie oka, chociażby tylko nieznacznych, wśród przebiegu zapalenia ropnego ucha środkowego, uważanem bywa jako ostateczna do operacyi wskazówka („letzter Mahnruf“ Ostmann[1]). Co do znaczenia objawów ocznych dla różniczkowego rozpoznania, zdania po dziśdzień nie są zupełnie zgodne. I tak np. Jansen[2]) uważa proste przekrwienie z rozszerzeniem i pokręceniem naczyń siatkówkowych za objaw niepewny, ponieważ już wśród fizyologicznej szerokości naczyń i ich napełnienia znachodzą się znaczne wahania. Tosamo dotyczy, według niego, i barwy tarczy, której odcienia wśród granic fizyologicznych mogą być różne. Natomiast zapalenie nerwu wzrokowego, (neuritis optica) i tarcza zastoinowa wśród ropnego zapalenia ucha środkowego wskazują zawsze na poważne powikłania środczaszkowe. Zaufal[3]) idzie nawet tak daleko, że tarczę zastoinową uważa za objaw stale towarzyszący zapaleniu opon mózgowych. jak również zakrzepowi zatok W braku ich uważa otwarcie kości za zbyteczne. Knies[4]) widzi w zapaleniu nerwu wzrokowego nader ważny objaw przy rozpoznaniu zapalenia opon mózgowych pochodzenia usznego; tarczę zastoinową uważa za charakterystyczną dla ropnia mózgu, podczas gdy Körner[5]) właśnie przy ropniu bardzo często spostrzegał zapalenie n. wzrokowego. Wogóle jednak, bez względu na sposób tłomaczenia zmian w dnie oka wśród przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego, wszyscy się zgadzają na to, że wystąpienie ich jest ważną wskazówką do szybkiego działania.

W naszym przypadku objawy, aczkolwiek świadczące tylko o przekrwieniu dna oka prawego, jednak wobec braku

[1]) Ueber Beziehungen zwischen Auge u. Ohr. Graefes Archiv f. Ophthalm. Bd. 43.
[2]) Ueber Hirnsinusthrombose nach Mittelohreiterungen, Arch.f. Ohrenheilk. Bd. 35. i 36
[3]) Prager Medicin. Wochenschrift 1881 Nr. 45.
[4]) Beziehungen des Sehorgans u. s. w. p. 140. Wiesbaden 1893.
[5]) Archiv f. Ohrenheilkunde Bd. 29 p. 20.

innych wskazówek rozpoznawczych i wobec groźnego stanu ogólnego, miały dla nas moc rozstrzygającą i słusznie, jak się wśród operacyi pokazało. Większa oporność żyły szyjnej prawej przy dotyku, chociaż nam również wskazywała na prawe ucho i budziła podejrzenie *Thrombophlebitis*, to jednak nie była ona tak wybitną, aby na tym jednym objawie można było polegać. tembardziej, że i po lewej stronie okolica szyi i brzeg przedni mięśnia mostko-obojczykowo-sutkowego były również boleśne.

Przystępując do operacyi, mieliśmy na razie zamiar oddłutować wyrostek sutkowy i gdybyśmy byli w nim znaleźli dostateczną przyczynę dla objawów ogólnych, jak np. ropień w kości, bylibyśmy może na razie na usunięciu tegoż poprzestali, wyczekując, jaki skutek odniesie ten zabieg. Tymczasem wyżej opisany stan, jaki znaleźliśmy w wyrostku sutkowym i w »antrum« nie tłómaczył dostatecznie dreszczów i gorączki i z tego powodu musieliśmy odsłonić zatokę poprzeczną. Uczyniwszy to i przekonawszy się po przecięciu, że w zatoce poprzecznej jest zakrzep. wsunęliśmy lekko pasek gazy jodoformowej z tym zamiarem, że gdyby dreszcze z nadmierną ciepłotą miały się jeszcze powtarzać, przystąpimy do podwiązania, względnie wycięcia żyły szyjnej. Wynik operacyi wykazał, że było to w dalszym ciągu zbytecznem. Czy w ogóle i o ile podwiązanie żyły szyjnej ma racyę bytu, o tem zdania są jeszcze podzielone. Jeżeli mamy już do czynienia z *Thrombophlebitis* żyły szyjnej, gdzie przychodzi do szybkiego rozpływania się mas zakrzepowych, tam o wykluczeniu całego ogniska przez podwiązanie, względnie wycięcie, i tak mowy być nie może. Z drugiej strony możnaby twierdzić, że przez wykluczenie pewnej lub większej części obszaru zakrzepem ropniczym zajętego, wessie ustrój o tyle mniejszą ilość drobnoustrojów ropotwórczych, i że przez to skuteczniej opór stawić zdoła. Wielu nowszych autorów przemawia gorąco za podwiązaniem żyły szyjnej w takich przypadkach, a Dahlgren[1]) podwiązuje nawet żyłę szyjną **przed** przecięciem i wypróżnieniem zatoki poprzecznej, bezpośrednio po otwarciu wyrostka sutkowego, a zatem właściwie w każdym przypadku, gdzie są objawy zakrzepu w zatoce, bo czyni on to, zanim się przekonać może, jak daleko zakrzep w zatoce sięga i czy już jest w stanie rozpływania się. W naszym przypadku zakrzep w zatoce nie uległ był jeszcze rozpadowi, i dlatego nie staraliśmy się wcale wydobyć go, tembardziej, że i przy łyżeczkowaniu i wypłókiwaniu zatoki zaleca Jansen[2]) wielką ostrożność z powodu możliwego zatoru. Rozstrzygnięcie, jak daleko operator w kierunku zatoki i żyły szyjnej iść powinien, jest nieraz bardzo trudne. Schwartze[3]) wyraża się o tej sprawie w następujący sposób: „Należy dobrze rozważyć, że także bez podwiązania więcej niż połowa przypadków ropnicy, pochodzącej z zapalenia ucha, wyzdrowiała przez otwarcie »antrum« z wypróżnieniem i bez wypróżnienia rozpadłego zakrzepu w zatoce i że podwiązanie żyły szyjnej nie daje żadną miarą pewności wykluczenia ogniska chorobowego, bo dość często stwierdzono. że tworzenie się zakrzepów nie ogranicza się do zatoki poprzecznej, ale że równocześnie i w innych zatokach znajdują się posokowate zakrzepy, albo też, że rozpadły zakrzep w zatoce poprzecznej sięga już do

[1]) Archiv. f. klin. Chirurg. 52 Band, p. 608.
[2]) Archiv f. Ohrenheilkunde Bd. 36. p. 31.
[3]) Handbuch der Ohrenheilkunde Bd. II. p. 847.

zatoki poprzecznej drugiej strony, ciągnąc się przez tłocznię Herofila (Torcular Herophili,) przez co dostanie się zakrzepu do żyły po drugiej stronie jest możliwem. Jeżeli więc pewien przypadek przebiega korzystnie po podwiązaniu żyły szyjnej, to z tego jeszcze nie można wnioskować, że ono było czynnikiem, ratującym życie, ale rozstrzygającym dla poszczególnego przypadku będzie, obok zupełnego usunięcia ogniska w kości, stosunek rozszerzenia się zakrzepu, często przed operacyą wcale nie dający się oznaczyć, jako też stan sił chorego, i czy tenże zdoła się uporać z drobnoustrojami ropotwórczymi.“ Na podobnem stanowisku stoi także Hessler [1]), autor najbardziej wyczerpującej pracy o ropnicy pochodzenia usznego. Prawie na pewne można powiedzieć, że nader korzystny wynik w naszym przypadku zawdzięczaliśmy przedewszystkiem tej okoliczności, że operacya tak wcześnie została wykonana, to znaczy w czasie, kiedy jeszcze żadnych objawów przerzutowych nie było. Przytem zdaje mi się, że gdyby się było nie operowało, to wcześniej czy później pojawiłyby się przerzuty, jako wyraz typowej ropnicy. Sądzę zatem, że przy najmniejszem podejrzeniu o głębsze powikłania, szczególnie przy gorączce o torze ropniczym i jeżeli przytem odpływ wydzieliny nie jest utrudniony, jaknajwcześniej uciec się trzeba do zabiegu chirurgicznego. Ryzyko wobec antyseptyki, przy należycie wykonanej operacyi, jest prawie żadne, a różnica, czy operacyę wykonujemy, zanim jeszcze sprawa tak się uogólniła, ażeby już wywołać mogła przerzuty, czy też dopiero wtedy, gdy ropienia przerzutowe nie pozostawiają żadnej co do rozpoznania wątpliwości, jest co do widoków pomyślnych tak wielką, że stanowczo za jaknajwcześniejszą operacyą oświadczyć się należy.

III. Badanie krwi i jego praktyczne zastosowanie w rozpoznawaniu i rokowaniu stanów chorobowych.

Podał

Dr. Walenty Jeż.

(Dokończenie).

Badanie preparatów krwi ustalonej.

Badanie krwi sposobem wyżej opisanym nie wystarcza jeszcze częstokroć do poznania nawet najważniejszych zmian, znajdujących się we krwi. Musimy uciec się do dalszych sposobów badania krwi, a mianowicie barwić krew ustaloną i to najlepiej metodą Ehrlicha. W celu ustalenia krwi na szkiełkach posługujemy się albo zasuszaniem jej, lub też ustaleniem w wyskoku i eterze. W tym celu preparaty, powleczone jednostajnie i nie grubo krwią, (patrz wyżej), dajemy do puszki miedzianej, w której ciepłotę podnosimy do 120°. Po oziębieniu krew możemy już barwić. Również dobrze ustala się krew w równych częściach rozczynu bezwodnego wyskoku i eteru, do którego preparaty krwi wkładamy na $^1/_2$ godziny. Po upływie tego czasu preparaty wyjmujemy, osuszamy na powietrzu i barwimy odpowiednim do naszych celów barwikiem; najlepiej nadaje się płyn Ehrlicha. Barwienie płynem Ehrlicha w 1-ej minucie jest skończone; zmywanie odbywa się przy pomocy wody przekroplonej, a po osuszeniu dajemy preparaty do balsamu kanadyjskiego i oglądamy przy pomocy imersyi. Równie dobre usługi, jak płyn Ehrlicha, oddaje barwik polecony przez Plehna, który dla praktycznego lekarza jest o tyle dogodniejszym, że nadaje się bardzo do barwień pasorzytów zimnicy i bakteryj we krwi. Pamiętać jednak należy, że barwik Plehna należy przed użyciem przesączyć, gdyż bardzo łatwo tworzą się w nim straty, które łatwo pomylić mogą. Barwik Plehna składa się:

Zgęszczony rozczyn wodny błękitu metylowego (methylen blau) . . . . 60 ctm.³
$^1/_2$% rozczyn eozyny w 75% wyskoku . . . 20 ctm.³
wody przekroplonej . . . . 40 ctm.³
20% ługu potasowego . . . . 12 kropl.

Preparaty krwi zasuszonej wkłada się do tego rozczynu na 2–5 minut, spłókuje się wodą i przygotowuje do drobnowidu. Rozczyny świeże barwią szybciej, starsze wymagają nieco dłuższego czasu. Barwikiem Plehna ciałka czerwone barwią się na czerwono, jądra i granulacye komórek dużych (Mastzellen) — na niebiesko, plasmodya — jasno niebiesko, granulacye eozynochłonne — nadzwyczaj wybitnie czerwono.

Obserwując w jeden lub drugi sposób zabarwione, udane preparaty krwi pod drobnowidem, widzimy, że kształty ciałek czerwonych jeszcze wybitniej występują, niż w preparatach krwi świeżej. I tak spotykamy bardzo wyraźnie owe postacie degeneracyi ciałek krwi, ciałka czerwone o nierównej wielkości. Obok nadzwyczaj dużych ciałek czerwonych krwi, których znaczną ilość spotykamy w niedokrewności Biermera, widzimy wyraźnie ciałka czerwone małe (mikrocyty). Dalej widać rozmaite postacie poikilocytów, a więc gruszkowate, młotkowate itd., które tak często i licznie spotykamy w rozmaitych bezkrwistościach.

Zabarwienie ciałek czerwonych również ulegać może w stanach chorobowych krwi bardzo znacznym wahaniom. Zabarwienie ciałek czerwonych zależy od hemoglobiny, gdyż podścielisko ciałek czerwonych nie barwi się, ale tylko hemoglobina. W krwi prawidłowej ciałko czerwone całe jest zabarwione jednostajnie, najsilniej na obwodzie, środek nieco słabiej. Natomiast w przypadkach zubożenia krwi w hemoglobinę zabarwienie ciałek czerwonych będzie blade, a w przypadkach ciężkich blednic zaledwie obwodowe części ciałek czerwonych są zabarwione, środkowe zaś są prawie bezbarwne. Przeciwnie w bezkrwistości złośliwej ciałka się barwią bardzo dobrze, bo i pojedyncze ciałka czerwone zawierają więcej hemoglobiny. (Indeks barwny większy od jedności).

Prócz tego spotykamy ciałka, które nie zabarwiły się jednostajnie jedną barwą, ale które naprzykład przy zabarwieniu barwikiem Plehna okazują zabarwienie podwójne — od fioletowego do niebieskiego. Są to tak zwane ciałka wielorako się barwiące (polychromatophilia), będące wyrazem zwyrodnienia krwi, występujące przy znacznych jej schorzeniach. Często wielobarwne te ciałka posiadają jądro.

W przypadkach niedokrewności i białaczki spotykamy nadto we krwi barwionej ciałka czerwone z jądrami. Stosownie do ich własności odróżniamy trzy rodzaje ciałek czerwonych jądrzastych:

1) Normoblasty. Ciałka czerwone wielkości prawidłowych ciałek czerwonych, pierwoszcza okazuje zabarwienie prawidłowe, w środku jądro, dla jąder charakterystycznie zabarwione (np. niebiesko Plehn). Często spotykamy więcej jąder (2—4); jądro zajmuje znaczniejszą część ciałka tak, że czasem mały tylko pasek pierwoszczy daje się widzieć; jądro normoblastów jest nadzwyczaj silnie zabarwione i bardzo widocznie odbija od zabarwienia nawet jąder ciałek białych. Silne zabarwienie jądra, wązki pasek pierwoszczy i wielkość prawidłowego ciałka czerwonego jest dla normoblastów cechującem.

2) Megaloblasty. Ciałka jądrzaste wielkie, 2—4 razy większe niż prawidłowe ciałka czerwone. Jądro ich jest większe niż normoblastów, nie zajmuje jednak nigdy całej komórki a pierwoszcza przedstawia dosyć szeroki pasek, przyczem jest ona zmieniona i niebarwi się tak pięknie barwikiem, cechującym dla hemoglobiny. Jądro nie przybiera nigdy tak wybitnego zabarwienia, częstokroć zabarwienie to jest słabe tak, że z trudnością tylko dostrzedz je można.

---

[1]) Ueber die otitische Pyämie, Archiv f. Ohrenheilk. Bd. 38 i Die otogene Pyämie, Jena 1896.

Ciałka jądrzaste o bardzo znacznej wielkości noszą nazwę ciałek jądrzastych olbrzymich (gigantoblasty).

3) Mikroblasty. Ciałka jądrzaste małe, mniejsze niż ciałka czerwone prawidłowe, jądro wybitnie się barwi; spotykamy je nadzwyczaj rzadko, często przy niedokrewnościach w następstwie urazów.

Jeżeli normoblasty znajdują się w przebiegu następowej niedokrewności, tak w przypadkach przewlekłych, jako też ostrych (ostre krwotoki wśród wyniszczenia itd.), to natomiast megaloblasty w tych przypadkach się nie pojawiają i spotkać je możemy czasem w białaczce, stale zaś w niedokrewności złośliwej. Pamiętać jednak należy, że w początkach bezkrwistości złośliwej widzimy je w niewielkiej liczbie i dlatego też należy kilka preparatów przeszukać, zanim stanowczy sąd wydamy. Również w ciężkich przypadkach niedokrewności wywołanej przez bróżdogłowca szerokiego (botriocephalus latus) spotykać możemy megaloblasty, które po zastosowaniu odpowiedniego leczenia znikają. Jeżeli z jednej strony pojawienie się ciałek jądrzastych (normo i mikroblastów) uważać należy jako wyraz odrodzenia krwi, to w każdym razie świadczą one, że odrodzenie to nie postępuje prawidłowo, świadczą o zaburzeniach pewnych w narzadach krwiotwórczych. Między normoblastami a megaloblastami niema żadnego powinowactwa i te ostatnie wytwarzają się pod wpływem działania swoistych trucizn, najprawdopodobniej działających na szpik kostny.

Ciałka białe we krwi przedstawiają się pod względem jakości różnorodnie. Bardzo dokładnie widzimy to w preparatach krwi barwnych i to najlepiej ku temu celowi nadaje się barwik Ehrlicha. Rozróżniamy kilkanaście rodzajów ciałek białych; dla celów praktycznych wystarczy poznać pięć najważniejszych:

1) Wielojądrzaste ciałka białe neutrofilne. Większe od ciałek czerwonych krwi, z jądrami i pierwoszczą naokoło jąder ziarnistą, neutrofilnie się zachowującą. Są one w szpiku kostnym i stąd dostają się do krwiobiegu; w mniejszej części wytwarzają się w samym krwiobiegu z komórek przejściowych. We krwi prawidłowej znajdujemy je w ilości 66—72% wszystkich ciałek białych. Są to ciałka białe, które w przypadkach leukocytozy, jak to wyżej opisaliśmy, nieraz w bardzo wysokim stopniu się pomnażają na koszt innych ciałek białych i stanowią tak zwaną leukocytozę neutrofilną.

2) Limfocyty małe. Wielkością odpowiadają ciałkom czerwonym. Jądro znajduje się dośrodkowo i otoczone jest bardzo wązkim paskiem pierwoszczy, która niekiedy odpada i daje się stwierdzić jako jej resztki. Czasem spostrzegamy w jądrze silniej barwiące się twory, jako tak zwane jąderka (nucleoli). Prócz tych małych postaci znajdujemy we krwi dzieci w prawidłowych warunkach duże limfocyty o tem samem wejrzeniu, co limfocyty małe, które w szczególności w białaczce gruczołowej bardzo licznie się znajdują. W prawidłowej krwi znajdujemy około 24% limfocytów. Zwiększenie się ilościowe tych ciałek białych spotykamy bardzo rzadko, a przypadki, w których je w wielkiej liczbie znachodzimy, znamy pod nazwą limfocytozy lub *limfemii*.

3) Duże jednojądrowe ciałka białe. Trzy do czterech razy większe, aniżeli ciałka czerwone, o dość wielkiem jądrze, leżącem z boku, a które bardzo słabo się barwi. Pierwoszczy znajdujemy dosyć dużo, nie jest ona ziarnista. Ilość w prawidłowej krwi bardzo nieznaczna, do 3% wszystkich leukocytów. Niektóre z nich mogą zawierać ziarninę w protoplazmie, obok czego jądro jest więcej postaci nerkowatej i zgrubiałe. Są to tak zwane „postacie przejściowe“.

4) Jednojądrzaste ciałka białe z ziarniną neutrofilną. Prawidłowo spotykamy je bardzo rzadko. Natomiast w białaczce szpikowej znajdujemy je bardzo często i w znacznej ilości; stanowią one dla niej charakterystyczny objaw.

5) Ciałka białe eozynofilne. Co do wielkości odpowiadają one neutrofilnym; posiadają grubą ziarninę, która nadzwyczaj wybitnie się barwi barwikiem kwaśnym. Ilość ich prawidłowo 2—4%.

Zwiększenie się ciałek eozynochłonnych, które często spotkać możemy, stanowi t. zwaną leukocytozę eozynochłonną. Przeważnie mamy do czynienia z ciałkami eozynochłonnemi wielojądrzastemi, choć tu i owdzie spotkać można i jednojądrzaste eozynochłonne, które i przy zwyczajnej leukocytozie pojawiać się mogą. Leukocytozę eozynofilną spotykamy w dusznicy piersiowej (asthma bronchiale), w pęcherzycy (pemphigus), przy pasorzytach (ankylostomum, helminthiasis); przy mięsakach ilość ich się zwiększa, jednak w niebardzo znacznym stopniu. Ważny także jest antagonizm, jaki występuje między leukocytozą neutrofilną a eozynofilią. Choroby, mianowicie ostre, jak wyżej nadmieniliśmy, cechują się przedewszystkiem pojawieniem się leukocytozy neutrofilnej we krwi, przyczem ciałka eozynofilne znikają. Po przełomie choroby, a więc kiedy leukocytoza neutrofilna ustępuje, pojawiają się ciałka eozynochłonne, które nieraz w bardzo znacznej ilości się pojawiają i tworzą tak zwaną pogorączkową eozynofilią. Tak naprzykład pojawienie się ciałek eozynochłonnych w przebiegu zapalenia płuc lub duru brzusznego pozwala się spodziewać się przełamania się choroby i ma, ze względu na rokowanie, bardzo ważne znaczenie.

Jak wyżej wspomnieliśmy, samo oznaczenie liczby ciałek białych nie wystarcza jeszcze, by rozpoznać białaczkę, a tylko przez dokładne badanie preparatów krwi barwionej może rozstrzygnąć rozpoznanie. Klinicznie biorąc rozróżniamy kilka postaci białaczki, mianowicie: 1) śledzionową (leucaemia splenica), 2) gruczołową (leucaemia lymphatica) i 3) mieszaną (leucaemia lienomedullaris). Ze względu zaś na składniki krwi, a więc z punktu hematologicznego, odróżniamy dwie postacie białaczki: a) szpikową i b) gruczołową. Pierwsza postać cechuje się, prócz znacznego zwiększenia się ilości ciałek białych krwi, pojawieniem się w wielkiej liczbie ciałek czerwonych z jądrami, zwiększeniem się ilości wszystkich ciałek białych z granulami, a więc powiększeniem się ilości ciałek neutrofilnych jednojądrowych, a wreszcie znachodzeniem się ciałek białych, o rozmaitych nieregularnych formach małych, których jądra okazują piękne figury mitotyczne.

Postać białaczki śledzionowej okazuje zwiększenie się ilości ciałek białych, a mianowicie znaczną przewagę ciałek gruczołowych (limfocytów) nad innemi postaciami ciałek białych, a w szczególności limfocyty duże przeważają znowu nad innemi jednojądrowemi postaciami. Przyjąć należy, że w białaczce, jak to zresztą zdają się potwierdzać nowsze badania, mamy do czynienia z pewną uorganizowaną trucizną, która nietylko powoduje zwiększenie się ilości ciałek białych dojrzałych, a więc w szczególności powiększenie się wielojądrzastych neutrofilnych, ale nadto na narządy krwiotwórcze w ten sposób działa, że takowe wytwarzają znaczną ilość ciałek zostających na pierwszym stopniu swego rozwoju, a więc ciałek jednojądrzastych i jądrzastych ciałek czerwonych.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. W. Jaworski: **Podręcznik chorób żołądka.** *Wydanie drugie, Kraków 1898.*

„Sadzę, że Redakcya *Przeglądu Lekarskiego* spełnia swoje zadanie, zwracając uwagę swoich czytelników na książkę Jaworskiego, która zasługuje na jaknajszersze rozpowszechnienie. Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich może ją zaliczyć do najlepszych swoich dzieł“. Tak pisałem w ocenie pierwszego wydania w r. 1894, dzieła, którego drugie, względnie trzecie, wydanie leży przed nami.

W rok po wydaniu wyczerpanie nakładu polskiej książki lekarskiej i żądanie ogólne nowego wydania, to rzecz niezwykła, a przecież zrozumiała i spodziewana. Z podręcznikiem Jaworskiego bowiem nie może iść w zawody żaden, ogłoszony w innych językach. Tak jak w poprzedniem wydaniu, tak i w tem, obok części klinicznej, położył Jaworski główny nacisk na część terapeutyczną, którą znacznie rozszerzył i wzbogacił dzieło swoje w tem nowem wydaniu częścią osobną, „Dyetetyka w chorobach żołądka". — Jestto dział nowy, a tak szczegółowo opracowany i tak ważny w leczeniu stanów patologicznych żołądka, że nadaje temu nowemu wydaniu tem większe znaczenie.

To nie drugie wydanie tego samego dzieła, ale przerobienie, uzupełnienie wszystkiego, co nauka przez pięć lat nowego zdobyła, a wszystko z tą ścisłą sumiennością, wytrawnością sądu i znajomością przedmiotu, jaką odznaczają się prace Jaworskiego.

Zdaniem z r. 1894, a przytoczonem na początku obecnej oceny, należałoby mi zakończyć moje uwagi o drugiem wydaniu dzieła Jaworskiego. —

A. Gluziński.

Karplus: **Ueber Pupillenstarre im hysterischen Anfalle** nebst weiteren Bemerkungen zur Symptomatologie und Differentialdiagnose hysterischer und epileptischer Anfälle. *(Jahrb. für Psychiatrie und Neurologie Bd. XVII., 1898, Stron. 1—53).*

Autor omawia trudności, które się napotyka nader często w rozróżnianiu napadów histerycznych od padaczkowych. W przypadkach wątpliwych jedynie dokładne wywiady i dłuższe spostrzeganie chorego umożebniają rozpoznanie. Ponieważ jednak obydwoma tymi warunkami lekarz nie rozporządza wedle woli i potrzeby, nic więc dziwnego, że szukano i podnoszono wartość objawów przedmiotowych, właściwych napadom padaczkowym, więc nader ważnych dla rozpoznania różniczkowego. Brak oddziaływania źrenic na światło, nawet przy użyciu światłaześrodkowanego zapomocą soczewki, uważano dotąd za objaw cechujący dla napadów padaczkowych; a przeciwnie, ogólnie przyjmowano prawie za pewnik, potwierdzony przez autorów powszechnie cenionych (Strümpell, Oppenheim, Moebius), że podczas napadów histerycznych źrenice oddziaływują prawidłowo. Wprawdzie Feré, Pausier, Philipsen zwracali już uwagę na to, że czasem w napadach histerycznych oddziaływanie źrenic bywa upośledzone, mimo tego nie udało im się zmienić głęboko zakorzenionego zdania ogółu. W grudniu 1896 r. na posiedzeniu Towarz. neurologów i psychiatrów w Wiedniu, wystąpił Karplus ze zdaniem, że także podczas napadów histerycznych oddziaływanie źrenic na światło często bywa zniesione czyli, że objawu tego nie można zużyć w celu odróżnienia napadów histerycznych od padaczkowych. W rok po wykładzie Karplusa ogłosił Dr. A. Westphal pracę, w której, na mocy dwóch przypadków spostrzeganych na klinice prof. Jollyego, potwierdza zdanie K., a właściwie dochodzi do wniosków jeszcze dalej idących, bo powiada, że zdarzają się przypadki histeryi, w których można zauważyć brak oddziaływania źrenic nietylko podczas napadów, ale także po napadach, lub nawet bez wyraźnego związku z nimi.

W obecnej pracy K. zestawia szereg nader dokładnych historyj chorób, które potwierdzają spostrzeżenia na wykładzie wygłoszone; we wszystkich przypadkach przytoczonych zachodziły zboczenia ze strony oddziaływania źrenic. Naturalnie każdy poszczególny opis historyi choroby rozpoczyna autor od skrupulatnego udowodnienia, że chorzy cierpieli rzeczywiście na histeryę i że napady, którym ulegali, były napadami histerycznymi. Zazwyczaj brak było oddziaływania źrenic na światło w pierwszych dwóch okresach napadów *(période épileptoide et période des contorsions et des grands mouvements)*, a tylko stosunkowo rzadko przed lub jeszcze po okresie kurczów. U niektórych chorych źrenice nie oddziaływały podczas każdego napadu, u innych znowu tylko czasem. Brak odczynu bywa połączony z rozszerzeniem źrenic, rzadziej bywają one zwężone lub prawidłowej wielkości; zazwyczaj obie źrenice zachowują się równo. Przypuszczenie Westphala, jakoby z zachowania się źrenic podczas napadu można sądzić o przebiegu choroby, K. zbija stanowczo; spostrzegał on zboczenie w oddziaływaniu źrenic niezależnie od stopnia histeryi, zarówno w najcięższych, jak i w najlżejszych przypadkach, w których nie występowały ani kurcze, ani samowiedza nie była zamroczona. Wreszcie K. omawia inne objawy histeryi i padaczki i dochodzi do przekonania, że niema objawu, któryby sam przez się wystarczał do odróżnienia tych dwóch chorób.

Praca Dra K. odznacza się samodzielnością poglądów i mieści w sobie wiele szczegółów zajmujących i pouczających; spostrzeżenia zaś w tej pracy ogłoszone w pełni możemy potwierdzić, ponieważ od wykładu K. w Towarzystwie neurologów, a więc blisko od 2-ch lat, badaliśmy oddziaływanie źrenic prawie u każdego chorego histerycznego podczas i poza napadami, zarówno na klinice, jak i w ambulatoryum prof. Krafft-Ebinga i wcale nie rzadko mieliśmy sposobność spostrzegania objawów, opisanych przez Karplusa.

Dr. Halban.

V. Wyciągi.

Simond: **O rozszerzaniu się dżumy**. *(Annales de l'Institut Pasteur*, 1898, Nr. 10). Wnioski, do jakich doszedł S. na podstawie postrzeżeń, poczynionych przez lat kilka w Indyach zachodnich, różnią się poniekąd od panujących dotychczas zapatrywań na sposób rozszerzania się dżumy i od wniosków, do których doszły ostatnie wyprawy naukowe z Europy do Indyj (zwłaszcza komisya rosyjska: Wysokowicz i Zabołotny). Być może, że badania S. rzucą nieco światła na ostatnie przypadki wiedeńskie, w których bądźcobądź sposób zakażenia się pierwszej ofiary, Barischa, nie jest zupełnie jasnym, zwłaszcza wobec uwag prof. Weichselbauma w „Oesterr. Sanitätswesen". Zdawałoby się bowiem, że Barisch zakazić się nie był powinien, jeżeli dżuma udziela się w ten sposób, jak to dotychczas sądzono, to jest albo przez zakażenie drobnych skaleczeń powłok zewnętrznych, albo drogami oddechowemi. Praca S. opiera się na dokładnych badaniach epidemiologicznych, objaśnionych mapkami, a dotyczących przebiegu i rozszerzania się zarazy zarówno u ludzi, jak i u zwierząt; w tym dziale pracy opiera się S. bądź na statystykach i dochodzeniach urzędowych, bądź na wiadomościach, poczerpniętych od lekarzy, ustanowionych przez rząd angielski. Drugą część pracy wypełniają doświadczenia na zwierzętach i wnioski, poczerpnięte ze spostrzeżeń klinicznych. S. sądzi, że przenośnikami zarazy są szczury i ludzie; ludzie roznoszą zarazę na wielkie odległości, których szczury przewędrować nie potrafią; szczury zaś roznoszą zarazę na bliskie przestrzenie i odgrywają najgłówniejszą rolę w rozsianiu się zarazy w miejscowości raz zakażonej, tak, że ich współdziałaniu zawdzięcza dżuma głównie swój charakter epidemiczny. Wkrótce po dostaniu się zarażonych szczurów w otoczenie dotąd zdrowe, występują pierwsze przypadki dżumy u ludzi; natomiast po przybyciu zadżumionych ludzi do zdrowej dotąd miejscowości, nie zawsze wybucha zaraza wśród ludności miejscowej; aby zaś wybuchła, potrzeba jeszcze innych czynników, wśród których najważniejszym zdaje się być uprzednie przeniesienie zarazy z zadżumionego przybysza na szczury. Pomiędzy śmiercią zadżumionego przybysza, a wybuchem dżumy u mieszkańców miejscowych, upływa zawsze pewien czas, odpowiadający czasowi, potrzebnemu na rozwój zarazy wśród szczurów. Natężenie epidemii u ludzi pozostaje w związku z natężeniem dżumy nagminnej szczurów. Rozszerzanie się dżumy w pewnej miejscowości następuje zawsze wzdłuż tej drogi, jaką obrały uciekające szczury. Skoro minie okres znacznej śmier-

telności szczurów i ludzi, można stwierdzić zawsze, że dżuma wśród szczurów jeszcze nie wygasa, lecz szerzy się wśród nich dalej w postaci łagodniejszej, nie doprowadzającej do śmierci. Odosobnione przypadki dżumy u ludzi, zdarzające się przy końcu epidemii, należy odnosić do tej właśnie dalej ciągnącej się zarazy szczurów. Udzielanie się dżumy z człowieka na człowieka i przetrwanie zarazka na przedmiotach martwych w zakażonych mieszkaniach (które to ostatnie S. w wielką podaje wątpliwość), odgrywają rolę podrzędną zarówno w długości trwania, jak i w natężeniu epidemii u ludzi. Pory roku nie wpływają prawie wcale na wybuch i natężenie dżumy nagminnej; w Indyach przynajmniej spostrzegano wybuchy epidemii w najrozmaitszych porach roku. Powtórna epidemia powstaje zwykle dopiero po upływie roku i oddzielona bywa od pierwszej krótszym lub dłuższym okresem względnego zdrowia. Przyczyna tych okresowych powrotów dżumy jest nie znana, w każdym jednak razie związana jest z powrotem dżumy u szczurów, a w pewnej części zależy od powrotu szczurów do dawnych ich miejskich siedzib.

Próby zakażenia szczurów i małp zapomocą hodowli prątka dżumy, jakoteż zapomocą krwi i narządów wewnętrznych zwierząt zadżumionych, zmięszanych z pokarmami, nie powiodły się; wnosi stąd S., że w zwykłych warunkach szczury nie zakażają się dżumą drogą przewodu pokarmowego, wbrew temu, co dotąd sądzono. Jeszcze ważniejszem jest twierdzenie S. (sprzeczne z dotychczasowemi zapatrywaniami), że zwykłym sposobem zakażenia u ludzi nie jest zetknięcie się przypadkowych skaleczeń skórnych z prątkami dżumy, rozsianymi w otoczeniu. Spostrzeżenia na ludziach pouczają, że w pewnej części przypadków pierwszym objawem dżumy jest krostka, usadawiająca się na kończynach w miejscach nieokrytych, w ślad za którą pojawia się wnet dymienica gruczołów chłonnych, wyżej położonych. Na nogach pojawia się ta krostka zwykle na grzbiecie stopy, nigdy zaś nie spotyka się jej na podeszwie i między palcami, gdzie najczęściej zdarzają się przypadkowe skaleczenia. Badanie krostek wykazuje, że nie są one następstwem skaleczeń. Z tego zaś, co dotychczas wiadomo o zakażeniach, wnosić wolno, że brak odczynu miejscowego (krostki) i odczynu okolicznego (dymienic) w pewnych przypadkach dżumy ma swoją przyczynę w większej jadowitości zarazka, a nie w tem, że zakażenie nastąpiło inną drogą (to jest nie przez powłoki zewnętrzne, lecz przez narząd oddechowy lub pokarmowy). Szczepiąc bowiem pod skórę zwierząt drobnoustroje bardzo jadowite, można wywołać ogólne zakażenie bez żadnego odczynu miejscowego; mało jadowite drobnoustroje wywołują w miejscu szczepienia obrzęk zapalny — zanim przyjdzie do ogólnego zakażenia. Simondowi nie powiodło się zresztą wywołać dżumowego zapalenia płuc u małp zapomocą zakażenia drogami oddechowemi. (Roux zauważa jednak w przypisku do pracy S., że wspólnie z Batzaroffem zdołał wywołać u szczurów, świnek morskich i królików, i to z łatwością, zabójczą dżumę, umieszczając na nieuszkodzonej błonie śluzowej nosa hodowle prątka dżumy).

Odmawiając znaczenia zakażeniu przypadkowych skaleczeń skóry i zakażeniu drogami oddechowemi, przypisuje natomiast S. główną rolę w przenoszeniu się zarazy ukłóciom pcheł zakażonych, przenoszących się z zadżumionych szczurów na inne szczury i na ludzi. Twierdzenie to opiera S. na następujących okolicznościach: 1) obecność jadowitych prątków dżumy w treści przewodu pokarmowego tych pcheł, które ssały krew zadżumioną, 2) pewne szczegóły w sposobie przenoszenia się zarazy ze szczurów na szczury i ludzi (np. stwierdzono, że dżumy dostawali ci ludzie, którzy rękami wyrzucali padlinę szczurów świeżą, zanim ją pchły zakażone opuściły, natomiast nie zakażali się ci, którzy dotykali się zwłok zadżumionych szczurów w dłuższy czas po śmierci zwierząt, gdy już na zwłokach pcheł nie było itp.); być może, że w niektórych przypadkach zakażenie przenosi się także przez pluskwy, 3) możliwość zakażenie szczurów zdrowych przez pomieszczenie ich w jednej klatce, przegrodzonej na pół kratą, ze szczurami zadżumionymi, na których znajdują się pchły; natomiast szczury zadżumione, a nie posiadające tych pasorzytów, nie zarażają szczurów zdrowych nawet przy bezpośredniem zetknięciu.

Wogóle więc dżuma rozszerza się, zdaniem S., za pośrednictwem szczurów i ludzi, przyczem zarazek przenosi się ze szczurów na szczury, z człowieka na człowieka, ze szczurów na ludzi i odwrotnie zapomocą drobnych pasorzytów skórnych. Środki zapobiegawcze powinny więc dotyczyć wszystkich trzech czynników, to jest zarówno drobnych pasorzytów, jak szczurów i ludzi.

Doc. Dr. Ciechanowski.

A. Guttmann: **Wiąd rdzenia a kiła.** *(Zeitschr. f. Klin. Med.* T. 35, 1898). Związek przyczynowy między wiądem rdzeniowym a kiłą, nie przestaje być pytaniem spornem pomiędzy zwolennikami zapatrywania Fourniera i Erba z jednej, a Charcota i Leydena z drugiej strony; temat ten był przedmiotem ożywionych rozpraw na XII międzynarodowym kongresie w Moskwie. Pierwsi uważają wiąd rdzenia w przeważającej liczbie przypadków za następstwo zakażenia kiłowego, Leyden natomiast stanowczo twierdzi, że choroba ta nie ma nic wspólnego z etyologią kiły. Na poparcie swych poglądów obydwie strony przytaczają bogatą, a zawsze korzystną, statystykę. Guttmann podaje 136 przypadków wiądu, zebranych częścią w klinice Leydena, a częścią w jednym z największych Towarzystw ubezpieczeń na życie. Z liczby tej w 28·6% stwierdzono przebytą kiłę, a w 71·4% stanowczo ją można było wykluczyć. Na podstawie tak poważnej liczby chorych, jak również opierając się na ostatnich badaniach anatomo-patologicznych ośrodkowego układu nerwowego, G. nie przyjmuje żadnego przyczynowego związku pomiędzy wspomnianemi chorobami. W myśl tego zapatrywania przestrzega autor przed rozpowszechnionem ogólnie leczeniem wiądu rdzenia zapomocą przetworów rtęciowych, gdyż ono nigdy nie pomaga, a często, podkopując ogólny stan chorego, niekorzystny wpływ wywiera na sam przebieg choroby. Nie mogąc usunąć samej choroby, należy raczej zwalczać jej objawy, a tu spokój, odpowiednia dyeta, mięsienie, odpowiednie zabiegi wodolecznicze, elektryzowanie, wreszcie systematyczne ćwiczenia kompensacyjne (Frenkel, Goldscheider) wiele korzyści i ulgi w cierpieniu choremu przynieść mogą.

Dr. Rencki.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekar. galic.

Posiedzenie naukowe z dnia 24 czerwca 1898.

Przewodniczący: kol. Machek. Obecnych członków 25.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Marischler przedstawia chorego z kliniki lekarskiej, u którego rozpoznano ubytek w przegrodzie sercowej, oraz zwężenie ujścia tętniczego prawego. Chory, liczący lat 24, skarży się, że od długiego czasu, bo już od lat dziecinnych, przy każdym wysiłku fizycznym, jak np. przy bieganiu lub podnoszeniu cięższych przedmiotów, doznaje duszności, bicia serca, zawrotu głowy i zesinienia twarzy. W ostatnich czasach nasilenie tych objawów powiększyło się i nieraz chory podczas pracy fizycznej upadał z powodu zawrotu głowy na ziemię. Przy badaniu znaleziono, że chory ten okazuje na twarzy, muszlach usznych i wargach, nawet przy spokojnem leżeniu, wybitną sinicę, której nasilenie jest jednak zmienne; zauważono, że miejsce sinicy zajmuje czasem żywe zaróżowienie. Na rękach i stopach również wybitna sinica. Ostatnie falangi palców rąk pałeczkowato zgrubiałe. Kończyny pomimo sinicy, ciepłe.

Badanie płuc wykazuje stosunki prawidłowe, objawów nieżytu oskrzelowego nawet w dolnych tylnych częściach płuc niema.

Uderzenie koniuszkowe serca macalne i widzialne w piątym przestworze międzyżebrowym w linii sutkowej lewej; stłumienie serca

na lewo schodzi się z uderzeniem koniuszkowem, na prawo sięga do linii mostkowej prawej. Przysłuch: nad koniuszkiem serca skurczowy szmer, rozkurczowy ton: nad tętnicą płucną słaby skurczowy szmer, innego nieco charakteru, jak nad koniuszkiem serca i podstawą mostka; drugi ton niezaakcentowany, nad tętnicą główną dwa tony. W miejscu połączenia trzonu mostka z wyrostkiem mieczykowatym silny skurczowy szmer o tym samym charakterze, co nad koniuszkiem serca. Dodać należy, że posuwając się od koniuszka serca ku stronie prawej staje się szmer skurczowy coraz silniejszy, a na dolnym odcinku mostka nasilenie tego szmeru jest największe. Żyły szyjne są nierozszerzone, nie tętnią. Brzuch płaski, wątroba nie macalna, ani wypukiem nie powiększona.

Na podniesienie u tego chorego zasługuje niestosunek pomiędzy sinicą a brakiem objawów przekrwienia biernego w płucach i wątrobie. Niedomykalność zastawki dwudzielnej wykluczono wobec braku zaakcentowania drugiego tonu nad tęt. płucną; niedomykalność zastawki trójdzielnej — wobec braku następstw przekrwienia żylnego. Wobec długiego czasu trwania sprawy chorobowej, zwiększania się sinicy przy ruchach, umiejscowienia najsilniejszego nasilenia szmeru skurczowego, zgrubień pałeczkowatych palców, musiano myśleć, czy nie ma się w tym przypadku do czynienia ze sprawą wrodzoną, a mianowicie z ubytkiem w przegrodzie pomiędzy komorami. I rzeczywiście, przyjąwszy tę zmianę, można sobie wytłómaczyć objawy chorobowe u tego chorego. Zwrócić należy uwagę jeszcze i na tę okoliczność, że ubytki w przegrodzie między komorami bardzo często wikłają się ze zwężeniem ujścia tętniczego prawego. I w tym przypadku, wobec osobnego szmeru nad tętnicą płucą, rozpoznano obok ubytku w przegrodzie pomiędzy komorami także i zwężenie ujścia tętniczego prawego.

Kol. prof. Prus, otrzymawszy potakującą odpowiedź na pytanie, czy w tym przypadku jest sinica i na nogach, wyraża przypuszczenie, że u chorego jest wada w tętnicy płucnej, która często bywa wrodzoną.

W sprawie kompensacyi wad sercowych mowca nawiązuje swe zapatrywanie, że wyrównanie jest wówczas tylko możliwe, gdy ilość krwi, która się cofa, zostaje napowrót wysuniętą. Krążenie zatem może ustać nawet bez zmian degeneracyjnych, gdy nie było czasu na wystąpienie przerostu serca. Za tem przemawiają znane przypadki śmierci nagłej u latawców bez wykazalnych zmian anatomo-patologicznych.

Kol. Pisek przyłącza się do rozpoznania prelegenta, za którem przemawia słusznie rozszerzenie i przerost prawej komórki.

Co do uwag kol. prof. Prusa, uznaje je za bardzo ważne i zwracające uwagę swą prostotą.

Kol. prof. Gluziński wyłuszcza powody, dla których w tym przypadku, obok zwężenia płucnego, rozpoznaje jeszcze otwór w przegrodzie, zwraca uwagę na zachowanie się szmeru skurczowego, wzmacniającego się przy posuwaniu stetoskopu ku stronie prawej, na różnicę szmerów nad podstawą mostka i nad tętnicą płucną, co zmusza do przyjęcia dla nich dwóch odrębnych źródeł.

Co do uwag kol. prof. Prusa o sposobach wystąpienia niewyrównania wad sercowych podnosi, że serce nie pracuje zwykle całą rozporządzalną siłą, pozostawiając w zapasie pewną jej część. Występuje z nią np. przy wadach zastawkowych, gdy musi większą pracę wykonać, albo wskutek zwiększenia oporów (zwężenia), lub też, gdy większą ilość krwi naraz wprowadzić w ruch musi (niedomykalność). Uczynić to może tem łatwiej, że zmiany te występują przecież powoli, nie nagle. Do tego potrzebuje serce sprawnego swego układu nerwowego i zdrowego mięśnia. Jak długo to ma miejsce jest względne wyrównanie wady zastawkowej, a przyczynę zaburzenia tej równowagi upatrywać należy w występujących z biegiem czasu zmianach w mięśniu sercowym, lub aparacie nerwowym.

Kol. prof. Prus wyjaśnia że mówił o przypadkach, w których energia serca jest już wyczerpaną, co może się stać przy zdrowem zupełnie sercu.

Kol. prof. Gluziński zgadza się na tłómaczenie kol. Prusa przy zużytej sile zapasowej serca, lecz powody tego wyczerpania upatruje dalej w zmianach układu nerwowego, lub mięśnia sercowego.

Kol. Merunowicz przypomina, że wedle przyjętego zwyczaju przy przedstawianiu chorych rozprawy teoretyczne nie powinny mieć miejsca.

Kol. Pisek, uznając różnicę szmerów słyszalnych w tym przypadku, zapytuje, czy mogą powstawać szmery przy przepływie przez otwór w przegrodzie.

Kol. prof. Gluziński odpowiada, że opisane są przypadki, gdzie nic innego nie było, tylko brak przegrody był powodem.

3. Kol. Marischler przedstawia chorego z nadmiernem poceniem się górnej połowy ciała. Przypadek ten ogłoszonym był w *Przeglądzie Lekarskim.*

W rozprawie nad tym przypadkiem przemówił Kol. prof. Prus, podając, że po zbadaniu chorego zauważył następujące jeszcze objawy: rozszerzenie źrenic, bolesność wszystkich 3 gałęzi nerwu trójdzielnego i splotu barkowego, niedowład obustronny kończyn górnych (o czem świadczy i zwiększona pobudliwość mięśni) wreszcie garb (kyphosis). Zbierając to wszystko, mowca nie uznaje w tym przypadku zboczenia funkcyonalnego, ale już organiczne, a mianowicie syringomyelię, coby tłomaczyło także pocenie się górnej połowy ciała.

Kol. Marischler zaznacza, że rozpoznawać syringomyelii w tym przypadku nie można z powodu, że badanie czucia wykazuje u tego chorego pod każdym względem stosunki zupełnie prawidłowe i nigdzie nie można wykazać jakichkolwiek zaników mięśniowych.

4. Kol. Szulisławski mówił »o zastosowaniu wasogenów jodowych w okulistyce i ich przenikaniu przez skórę. Rzecz drukowana w *Przeglądzie Lekarskim.*

5. Kol. Merunowicz oznajmia o podpisaniu kontraktu kupna i sprzedaży domu Towarzystwa, oraz zapowiada oddanie lokalu własnego Towarzystwu na dzień 7-go października 1898 r.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

VII. Korespondencya.

Z Syberyi wschodniej.

Po przeszłorocznej powodzi, kilkomiesięczna tegoroczna posucha w ciągu wiosny i lata spowodowała, że trawy i zasiewy w prowincyi Zabajkalskiej zżółkły i zeschły, a bydło i konie pozbawione zostały paszy. Lichе pożywienie spowodowało choroby stadne, które przybrały groźniejsze niż zazwyczaj rozmiary. Oprócz księgosuszu, który zresztą w słabszym stopniu stale gości w Mongolii i Syberyi wschodniej, obecnie w północno-zachodniej części kraju Zabajkalskiego grasuje wąglik (sibirska jazwa) tak, że w ciągu miesięcy paru padło do 2 tysięcy koni i zachorowało wielu ludzi, z których do 20 umarło. Zaprowadzono kwarantanę, przerwano komunikacyę i uchwalono inne środki ochronne; wszystko to jednak, wskutek wielkich obszarów, na razie stłumić epidemii nie zdołało. Obecnie, jak urzędowe obwieszczenia głoszą, epizoocya nieco przycichła. Pomór bydła, które stanowi główne bogactwo Syberyi wschodniej, a w szczególności Zabajkalskiej, zuboża ekonomiczne siły ludności, a nawet doprowadza ją do ubóstwa i nędzy. Oddawna projektuje się tu zaprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia, ochronnego szczepienia, zwiększenie liczby rządowych weterynarzy i zorganizowanie służby zdrowia weterynaryjnej, oddzielnie od zarządu lekarskiego. Znana w Syberyi filantropka, p. Bazanowa, przeznaczyła 150 tysięcy rubli na założenie bakteryologicznej i Pasteurowskiej stacyi w Irkucku.

Walka z chorobami stadnemi w Syberyi jest wielce utrudnioną. Sąsiednia Mongolia, posiadająca mnóstwo bydła i koni, jest ogniskiem, z którego przy otwartej granicy nieustannie wkracza do Syberyi bydło zakażone, bez możności przeprowadzenia nad niem jakiejkolwiek kontroli. Projektowano urządzenie w tym celu stacyi weterynaryjno-obserwacyjnej w Urdze, zkądby można mieć peryodyczne wiadomości o stanie zdrowotności miejscowego bydła. Wątpić jednak należy, aby środek ten przy niemożebności przerwania komunikacyi przyniósł jakiebądź namacalne korzyści. Oprócz mnóstwa dróg pomniejszych, główną arteryą komunikacyi Mongolii z Syberyą jest wielki trakt z Urgi do Kiachty, po którym Mongołowie przywożą wołami transporty herbaty, rocznie do miliona „cybików“ (każdy cybik od 5—6 pudów). Traktem tym pędzą też całe stada wołów na rzeź, wiozą drwa i siano na sprzedaż, a przewóz odbywa się wołami. Pograniczna ludność rosyjska korzysta z wypasów w Mongolii, rąbie drzewo i zwozi siano. Oprócz tego Mongołowie sprzedają do Kiachty rocznie od 250—300 tysięcy skór, nieraz z wołów, padłych na księgosusz, które służą na obszycie „cybików“ z herbatą, idącą ztąd drogą lądową przez Syberyą do Rosyi europejskiej. W tym celu moczą skóry w przeciągu 5 dni w 2% rozczynie wapna, w osobnym, w tym celu urządzonym, budynku; lecz od dawna już zwrócono uwagę na nieskuteczności tego rodzaju odkażenia. Wilgotność

skór ułatwia ich naciąganie przy obszywaniu „cybików“, co się odbywa w oddzielnym budynku, zwanym „szyrolnią“ od słowa „szyrić“, co oznacza w technicznym miejscowym języku wydłubywać skórę. W celu zapobieżenia zaniesieniu zarazy wąglikowej, zabroniono używać do obszywania skór końskich. Ponieważ wyżej wspomnianem odkażaniem nie osiąga się pożądanego celu, zalecono do moczenia skór silniejszy % wapna i zastąpienie go chlorkiem wapna, lub smołą; lecz te zmiany napotkały silną opozycyę kupiectwa, dowodzącego, że skóry od żrących przetworów będą się niszczyły, a środki wonne zaszkodzą aromatowi herbaty. Kwestyi nie podlega, że Kiachta, ze zbiorowiskiem bydła i skór, może być ogniskiem zarazy, która zresztą trwa tu ciągle. W przeciągu mego tu 6-letniego pobytu, pomimo częstych zakłóć igłami i nożami przy obszywaniu cuchnących skór, między robotnikami nie zdarzył się ani jeden przypadek zakażenia krwi. Przemysł ten zatrudnia do 2 tysięcy ludzi. Sądzono że po zbudowaniu kolei syberyjskiej można będzie dla zmniejszeni wydatków wysyłać herbatę do Rosyi bez obszywania „cybików“ w skóry; okazało się to jednak niedogodnem, gdyż, oprócz łatwości zamoczenia, herbata, opakowana niehermetycznie, traci na aromacie przez ulatnianie się olejków eterycznych. Kupiectwo kiachtyńskie wyrobiło u publiczności od lat wielu przekonanie, podtrzymywane dla reklamy, iż herbata, sprowadzana drogą lądową, jest lepsza od idącej drogą morską; że lepiej jest upakowaną, na to się zgodzić można.

Co do stanu zdrowia ludności, to ten w roku bieżącym był lepszym, niż lat poprzednich. Biegunka i czerwonka, które corocznie latem tu grasują, dziesiątkując podrastające pokolenie, w roku bieżącym, może dzięki bardziej chłodnemu latu, były o wiele słabsze; od czasu do czasu tylko miejscami nawiedzani byliśmy sporadycznymi przypadkami durzycy. Pomimo warunków klimatycznych, sprzyjających rozwojowi chorób zakaźnych, jak braku w wielu miejscach wody dobrej, zasypywania źródeł i brzegów rzek nawozem, wreszcie włóczenia się całemi partyami po głównym trakcie obdartych i głodnych przesiedleńców, dziwić się należy, że choroby te zakaźne nie zakładają tu sobie bardziej stałej siedziby.

Przed paru tygodniami zatrzymał się w przejeździe przez Kiachtę do Mongolii młody lekarz, Dr. Zabołotnyj, rodem z Podola, ze swym towarzyszem, studentem Taranuchinym, delegowani przez rosyjską komisyę przeciwdżumową dla zbadania dżumy, grasującej w Mongolii. P. Zabołotnyj w roku przyszłym bawił w celu bakteryologicznych badań w Indyach wschodnich. O istnieniu epidemii w Mongolii komisya przeciwdżumowa dowiedziała się z artykułu Dra Montyon, lekarza ambasady francuskiej w Pekinie, ogłoszonego w *Annales de l'Institut Pasteur*, który miał być delegowany przez ambasadę z Pekinu dla niesienia pomocy chorym zadżumionym, w miejscowości odległej o 400 wiorst od Kałganu, w okolicach Dołon-nor we wschodniej Mongolii. Podobno choroba istnieje tam stale od lat 9. Lokalizacya choroby, ograniczającej się na pewną liczbę chorych, nie jest znana; zdaje się być trudną do rozwiązania zagadką, nim Dr. Zabołotnyj nie udzieli nam bliższych o tem szczegółów, zebranych na miejscu. Zwróciliśmy uwagę przejeżdżającego bakteryologa na mało komu jeszcze znaną, a udzielającą się ludziom, chorobę „tarbaganów“, spostrzeganą w okręgu Akszyńskim, prowincyi Zabajkalskiej, a opisaną przez Dra Bielawskiego w protokołach posiedzeń Towarzystwa lekarzy zabajkalskich, za lata 1894—1895. Sądząc, że opis rozwoju nieznanej tej choroby będzie zajmującym dla czytelników *Przeglądu*, pozwolę sobie zrobić streszczenie z opisu Dra Bielawskiego. Zwierzęta ssące, zwane w prowincyi Zabajkalskiej „tarbaganami“, są rodzajem susłów, tylko dwa razy od nich większe. Zimę od września do marca spędzają w norach, wyrytych w ziemi; miesiące letnie bujają po polach i są celem polowania koczujących buriatów i rosyan. Latem zwierzęta te są bardzo tłuste, mięso z nich ma być smaczne, przypominające gęsinę i stanowi wielki przysmak ludności miejscowej. Tłuszczu tarbaganów używają do smarowania skór, uprzęży i do oświecenia. Mieszkańcy Sybiru poszukują zimą tarbaganów w norach ziemnych. Bywają lata, że we wrześniu lub październiku, kiedy zwierzęta te kryją się w nory na zimową śpiączkę, podlegają one pewnej epidemicznej chorobie. Ludność miejscowa mieni te tarbagany, które w październiku nie skryły się do nór, chorymi, zadżumionymi. Choroba ta objawia się tem, że zwierzęta te tracą żywość, ruchy ich stają się powolne i niepewne; pod pachami powstają czerwone guzy, chełboczące. Z chorobą tą tarbagany nie są przyjmowane do nór przez zwierzęta zdrowe, a jeżeli tam przypadkiem który zdechnie, wynoszą go na powierzchnię ziemi. W czasie epidemii tarbagany z łatwością stają się zdobyczą ludzi i innych zwierząt. Buriaci rozróżniają zdrowe tarbagany od chorych i gdy spostrzegą guzy pod pachą, lub po rozcięciu podeszew łapek znajdą skrzepy krwi, oddają je psom na zjedzenie. W okręgu Akszyńskim zarażenie się ludzi od tarbaganów miało miejsce kilkakrotnie i dla tego ludność, wiedząc o tem, ma się na baczności. Przytoczę te przypadki, które były stwierdzone urzędownie. W m. październiku, 1888 r., w osadzie Czindońskiej, znaleziono 6 trupów Buriatów, zmarłych z niewiadomej przyczyny. W celu dokonania sekcyi zjechał lekarz z Akizy, Aszman i felczer Judin. Pierwszy z nich zmarł, wróciwszy do miasta, a drugi zakończył życie jeszcze w drodze. Śledztwo stwierdziło, że obaj zarazili się przy sekcyi i że choroba, na którą pomarli Buriaci, miała być dżumą.

W sierpniu 1889 roku w osadzie Soktuj, w rodzinie Kozaka Abrama E., składającej się z 10 osób, zachorowała córka Eudoksia, lat 16 i po 3 dniach zmarła. Następnie w ciągu kilku dni zmarli: sam gospodarz Abram, jego żona i córka. Pozostało 6 synów różnego wieku. Objawy u wszystkich zmarłych były jednakowe: silna gorączka, ból głowy, wymioty, czasem biegunka, lecz częściej zaparcie stolca, ból pod pachami i w pachwinach, a niekiedy i obrzęk gruczołów. Kozaczka B., sąsiadka, wzięła bieliznę do prania z domu Kozaka E. i po kilkodniowej chorobie zmarła. W dni kilka w chacie B. zmarło 5 dzieci, pozostał przy życiu tylko jeden 5-letni chłopiec; z poblizkiego od Soktuja ułusu przychodził bawić się z dziećmi 10-letni Buriat, który, zaraziwszy się, także w dni kilka zakończył życie. U wszystkich chorych były objawy wyżej opisane. Rodzina Kozaka E. zajmowała się topieniem tłuszczów tarbaganów.

W jesieni 1891 r. w tejże kozackiej osadzie Soktuj, w domu Kozaka Herasima E..., umarł 16-letni syn Kirik. Jako przyczynę choroby podano, że zmarły zdejmował skórę ze zdechłego tarbagana, przyniesionego przez psa na dziedziniec. Ojciec Karika po jego śmierci przeniósł rodzinę do sąsiedniej osady, gdzie niebawem zachorował 5-letni chłopiec i w dni parę umarł. Objawy chorobowe były te same, co i u zmarłych w r. 1889.

W jesieni roku 1891 w mieście Akszy, w domu Kozaka G., z rodziny, składającej się z 13 rodzeństwa, umarło po kilkodniowej chorobie osób sześć. Lekarz Utkin i felczer Sawatiejew, którzy udzielali pomocy chorym, sami pochorowali się, lecz prędko ozdrowieli. Choroba przyniesiona została przez Kozaka G., który jeździł do Mongolii po bydło i tam wspólnie z Mongołami jadł mięso tarbagana. Wróciwszy do domu umarł po trzydniowej chorobie; od niego zaraziło się i umarło 5 dzieci. Objawy chorobowe były takie same, jak wyżej opisałem.

Po raz ostatni choroba ta nawiedziła okrąg Akszyński w r. 1894, a mianowicie, 22 września felczer z Cagan Ołujowskiego leczniczego punktu został wezwany do osady Soktuj dla dania pomocy lekarskiej w domu Kozaka M., gdzie w przeciągu kilku dni z 9 osób, składających rodzinę, zmarło 7. Choroba trwała od 2 do 4 dni, występując z silną gorączką, bólem głowy, sennością, wymiotami, biegunką, niekiedy obrzękiem gruczołów pachowych i pachwinowych.

Dnia 31 sierpnia Kozak M., był wezwany do sądu, znajdującego się w miejscowości Cagan-Ołuj. W drodze mały piesek jego udusił na górze 6 tarbaganów, które M. włożył do wozu i przywiózł do domu, a 2 września, pierwszy zachorował; od niego zarazili się inni. Łatwość, z jaką mały piesek mógł pojmać w tak krótkim czasie aż sześć tarbaganów, przemawia za ich schorzeniem.

Tego lata nigdzie w poblizkich ułusach nie było chorych Buriatów, nie spostrzegano dżumy ani u ptaków, ani u myszy polnych. Buriaci miejscami utrzymują, że bywają lata, w których wymierają z tej choroby całe ułusy i że według ich zdania jest ona nie wyleczalną i strasznie zarazaźliwą. Jeśli choroba nawiedzi jurtę, Buriaci porzucają chorych, a sami uchodzą na inne miejsce; po niejakim czasie przychodzą tylko zakopać trupy, a jurty z dobytkiem całym palą. Choroba ta, udzielająca się od tarbaganów, jest niezawodnie rodzajem dżumy, której bakteryologiczne zbadanie byłoby wielce ważnem i pouczającem.

Troickosawsk we wrześniu.

Dr. Jan Iłgowski.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 24 Listopada.

„ Dnia wczorajszego odbyło Towarz. lek. krak. posiedzenie zwyczajne, na którem, po załatwieniu spraw administracyjnych, przyjęto w poczet członków czynnych doktorów: Edmunda Majewicza i Dawida Sternbacha. Następnie odbył się odczyt kol. dr. Rutkowskiego: »O niedrożności jelit mechanicznej na podstawie 156 przypadków« W rozprawach zabierali głos koll.: Kryński i Surzycki.

* Wobec faktu, że niedoszły Zjazd poznański nie mógł wyznaczyć prezesów Komitetu gospodarczego Zjazdu następnego, który ma się odbyć, jak wiadomo, w r. 1900 w Krakowie, Towarzystwo lekarsk. krak. i Towarzystwo przyrodników im. Kopernika wzięły na siebie początkowanie w zawiązaniu komitetu gospodarczego, wybierając na prezesów: pierwsze prof. Kazimierza Kostaneckiego, drugie prof. Augusta Witkowskiego.

* Na wczorajszem posiedzeniu uchwaliło Towarzystwo lekar. krak. wystosować do krak. Rady miejskiej memoryał w sprawie budowy szpitala dla chorych zakaźnych w Krakowie. Konieczności tej instytucyi dla naszego miasta nie będziemy uzasadniać w piśmie lekarskiem, gdyż, jak wiadomo, została ona teoretycznie i praktycznie stwierdzoną i przesądzoną.

Zaprzeczyć nie można, że zwłoka w tym kierunku nietylko naraża mieszkańców Krakowa na niebezpieczeństwo chorób nagminnych, których w naszym kraju i w chwili obecnej nie brak, ale i nie zapobiega tym ofiarom i stratom, które codziennie ponoszą obywatele krakowscy, z powodu niewygasających chorób zakaźnych sporadycznych. Doświadczenie lat ostatnich pouczyło, że wszelkie zabiegi desinfekcyjne odgrywają rolę drugorzędną, a zdusić epidemię w zarodzie można tylko doraźnem oddzieleniem chorych od zdrowych i lekarską obserwacyą podejrzanych. Bez dobrze urządzonego szpitala dla chorób zakaźnych nie można i marzyć o takiem zagrodzeniu drogi wkraczającej epidemii, a wszelkie półśrodki, jak wszędzie tak i tu, zawodzą. Niemniej niepodobna bez szpitala dla chorób zakaźnych ściśle wykonać ministeryalnego rozporządzenia o niedopuszczaniu do szkół publicznych tych dzieci, w rodzinach których zdarzą się przypadki chorób zakaźnych. Takie miasto jak Kraków, które ściąga do swych szkół dziatwę z wielkiego obszaru ziem polskich i nalicza do 10000 uczącej się młodzieży, ma obowiązek odpowiedzieć i pod względem sanitarnym wszystkim warunkom wzorowego ogniska oświaty szkolnej. Prastara ta stolica, skarbiec wielowiekowej cywilizacyi, powinna być dla całego kraju wzorem i przykładem zapobiegliwego pogotowia w obronie zdrowia i życia obywateli.

Niewątpimy zatem, że tak ze stanowiska zawodowego, jak i obywatelskiego, radcy miejscy-lekarze poprą zasadniczą myśl memoryału Towarz. lek. krakowskiego.

* Z końcem m. stycznia 1899 r. rozpocznie wychodzić w Krakowie pod redakcyą prof. Bol. Wicherkiewicza miesięcznik p. tyt. »Postęp okulistyczny«. Wkrótce okaże się program tego wydawnictwa, z którym zapoznamy czytelników naszych.

Lublin. Staraniem znanego okulisty Dr. Józefa Talki otworzono w tych dniach w przebudowanym i rozszerzonym tutejszym szpitalu św. Józefa oddział dla chorych ocznych, przeważnie takich, którzy potrzebują pomocy operacyjnej. Oddział ten, posiadający 12 łóżek, oddany został pod kierownictwo radcy stanu Dra Talki. *W.*

— Za pośrednictwem Prezydyum Tow. otrzymała biblioteka Tow, lek. krak.:

1) Grundzach; »O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek, zwanej gastroplegią i enteroplegią«, od autora.

2) Szulc: „Ogólny zarys stref klimatycznych Galicyi, od Wysokiego Wydziału krajowego.

Doc. Dr. Ciechanowski.
bibl. tow. lek. krak.

* W celu zwalczania dżumy, która zabiera wiele ofiar w Taszkiencie, rząd rosyjski rozwinął energiczną czynność: miejcowość zadżumioną opasano trzechkrotnym kordonem; w krzyżujących się punktach wielkich szlaków urządzono lekarskie stanowiska dozorujące. W głównych miastach Rosyi europejskiej zamówiono 100 lekarzy i wiele służby drugorzędnej, jako pogotowie w razie rozszerzenia się moru; lekarzom, czynnym na miejscu, dostarczono obfitej ilości surowicy Yersina i Chawkina.

Śmiertelność jednak jest olbrzymia: w Anzobie, głównem siedlisku zarazy, na 357 mieszkańców zmarło do d. 19 października (st. styl.) 233 osób; nietrudno wobec tego przewidzieć, że dżuma tam wkrótce ustać musi.

* W celu uczczenia pamięci zmarłego na dżumę Dra Müllera odbyło się w jednej z sal uniwersytetu wiedeńskiego zgromadzenie, zarządzone przez lekarzy klinicznych, na które przybyli: matka zmarłego, rektor uniwersytetu i wszyscy profesorowie Wydziału lekarskiego. Dr. Poech wypowiedział dłuższą mowę, w której przedstawił działalność zmarłego w Bombayu, przebieg jego choroby i bohaterską śmierć.

* *Sprostowanie błędu:* W Nr. 46 *Przegl. Lek.* na str. 569, I-sza szpalta, wiersz 34 z góry, wzór na obliczenie ciałek czerw. w artykule Dra Jeża ma być, jak następuje: $\frac{a \cdot 4000 \cdot 100}{X}$.

Mianowania: Starszymi lekarzami w armii czynnej mianowani Drowie: Tadeusz Merunowicz, Alojzy Szatkowski i Józef Małaniuk. Dr. Edmund Majewicz mianowany asystentem przy katedrze weterynaryi w U. J. Dr. Adam Bednarski — asystentem profesora kliniki okulistycznej we Lwowie. Dr. Michał Łopaciński — sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Nekrologia: W Charkowie umarł Dr. Michał Tomaszewski, lekarz miejski, w wieku 67 lat (Wracz).

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie Lekarskiej* Nr. 45. Wspomnienia pośmiertne ku czci ś. p. Kondratowicza przez Drów: Pruszyńskiego, Puławskiego, Nussbauma, Zaborowskiego i Gajkiewicza. Dra Stróżewskiego K.: O leczeniu mechanicznem bezwładu połowiczego. Dra Borsukiewicza P.: Przyczynek do leczenia błonicy surowicą swoistą. W *Medycynie* Nr. 46: Dra Stan. Kleina: Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi. Dra Tumpowskiego A.: Uwagi o rozpoznawaniu klinicznem nerwic urazowych, oraz ich udawania (symulacyi (c. d.). W *Nowinach Lekarskich* Nr. 11: Prof. Rydygiera: O hemoroidach. Dra Jerzykowskiego St.: Kazuistyczny przypadek do etyologii okrągłych wrzodów żołądkowych. Dra W. Haszkoveca: Porażenie wrzekomo opuszkowe.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. W *Gazecie Lekarskiej Nr. 46*: Dr. Ciąglińskiego A.: Kilka uwag o t. zw. neurozie traumatycznej i symulacyi. Pechkranza St.: Przypadek zapalenia opon mózgowych niegruźliczej natury z niezwykłym przebiegiem, oraz kilka uwag w kwestyi rozpoznawania różniczkowego gruźliczego zapalenia opon od zapalenia opon innego pochodzenia. W *Medycynie Nr. 47*: Zaborowskiego S.: Ś. p. Stanisław Kondratowicz (wspomnienie pośmiertne). Dr. Kleina St.: Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi (c. d.) Tumpowskiego A.: Uwagi o rozpoznawaniu klinicznem nerwic urazowych, oraz ich udawania (symulacyi) (dok.). W *Gazecie Lekarskiej Nr. 47*: Wspomnienie pośmiertne o Dr. Witoldzie Narkiewiczu Jodko. Piotrowskiego Józefa: O leukemii i sprawach pokrewnych. Dra Ołtuszewskiego: O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryj zboczeń mowy.

Redakcya otrzymała:

— R. Dohrn: O postępowaniu lekarskiem w okresie łożyskowym. (Odczyty kliniczne, zeszyt 10). Warszawa, 1898

— Dr. Zanietowski Józef: O wpływie własności fizycznych krwi na szybkość krążenia. Kraków, 1898.

— Dr. Orłowski S.: Syfilis rdzenia. Warszawa, 1898.

— Prof. Cybulski N.: Einige Bemerkungen zu dem Artikel des Herrn Dr. H. Borrutau: »Zur Abwehr der Angriffe etc.« 1898.

— Grundzacha J.: O pewnej postaci zaburzeń ruchowych żołądka i kiszek, zwanej gastroplegią i enteroplegią. Warszawa, 1898.

— Dr. Misiewicz: Niemoc i rzeżączka — studyum anatomiczno kliniczne Warszawa, 1898.

— Dr. Fürst: Z życia kobiety. Warszawa, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków, 3. Grudnia 1898. Nr. 49.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Stopa szpotawa wrodzona.

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

Podał

Dr. H. Schramm,

docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

Stopą szpotawą (per varus, Klumpfuss, pied bot) nazywamy takie zboczenie kształtu stopy, w którem brzeg zewnętrzny jej staje się brzegiem dolnym, a wewnętrzny górnym, czyli — że stopa znajduje się stale w supinacyi. Zboczenie to połączone jest zwyczajnie z drugiem, t. j. że paluch zbliża się ku kostce wewnętrznej, przez co stopa znajduje się mniej lub więcej w addukcyi, wreszcie obie te zmiany położenia łączą się bardzo często z trzecią, a mianowicie z podniesieniem pięty ku górze i opadnięciem palców ku dołowi. Te trzy rodzaje zboczeń mogą występować w różnym stopniu tak, że w jednym przypadku przeważa supinacya, w innym addukcya, a i domieszka tak zwanej stopy końskiej u różnych chorych może być rozwinięta w różnym stopniu.

Przyczyny tego zboczenia mogą być rozmaite i według nich rozróżniać możemy dwie główne gromady, t. j. stopę szpotawą wrodzoną, z jaką dziecko na świat przychodzi i stopę szpotawą nabytą, powstałą w późniejszym wieku z powodu różnych zmian patologicznych, czy to w unerwieniu mięśni stopę poruszających, czy też po urazach lub sprawach zapalnych w różnych tkankach wchodzących w skład stopy. Na razie zajmiemy się tylko przypadkami, należącymi do pierwszej gromady. Zboczenie, o którem mówić mamy, należy do dosyć częstych i jeżeli moglibyśmy się oprzeć na materyale, spostrzeganym w szpitalu św. Zofii, należałoby wnosić, że wada ta zdarza się u nas nawet częściej, niż w innych okolicach. Do szpitala św. Zofii zgłasza się rocznie około 550 dzieci z chorobami chirurgicznemi, w ciągu lat dwunastu bowiem było ich razem 7,850. W liczbie tej było 50 przypadków stopy szpotawej wrodzonej. t. j., że procentowo wynosiła 0·63, czyli że na 1000 chirurgicznie chorych dzieci było 6 dotkniętych wrodzoną stopą szpotawą. Zboczenie to zajmuje drugie miejsce w szeregu wad wrodzonych, z jakiemi dzieci przynoszone bywają do szpitala św. Zofii, a co do częstości przewyższa je tylko warga zajęcza sama, lub połączona z rozszczepieniem podniebienia (razem 62 przypadków). Stosunkowo dość często, bo 12 razy, połączona była stopa szpotawa z innemi wadami rozwojowemi, a mianowicie 3 razy z przepukliną rdzeniową, 3 razy z zrostem palców na ręce 2 razy były nadliczbowe palce u rąk, 1 raz niedostateczny rozwój kości piszczelowej, 1 raz wrodzone zwichnięcie w obu stawach kolanowych, 1 raz wodogłowie i 1 raz warga zajęcza i paszcza wilcza.

Co do płci przyniesionych dzieci, to tak samo zestawienie naszych przypadków, jak i zestawienie Bessel-Hagena i Hoffy, oparte na daleko liczniejszym materyale, wskazuje znaczną przewagę chłopców, przychodzących na świat z tem cierpieniem, gdyż między moimi 50 przypadkami było 34 (68%) chłopców, a tylko 16 (12%) dziewcząt.

Co do umiejscowienia tego zboczenia, to doświadczenie moje zgadza się również z dotychczasowemi spostrzeżeniami, mianowicie, że najczęściej obie stopy, choć czasem w różnym stopniu, są dotknięte tą wadą. W razie jednostronnego wystąpienia zboczenia częściej znajdujemy je na stopie lewej niż na prawej. Liczbowo z mego zestawienia wynika, że na 50 przypadków była 31 razy, czyli 62% stopa szpotawa obustronna, a z pomiędzy pozostałych 19 przypadków 11 razy po lewej, a 8 razy po prawej stronie. Rozdzielając te przypadki z uwzględnieniem płci, przekonujemy się, że na 34 chłopców miało 23 (68%) obustronną, 6 lewą, a 5 prawą stopę szpotawą. Z pomiędzy 15 dziewcząt znalazłem 8 razy 50% zboczenie to po obu stronach, 5 razy po lewej, a 3 po prawej stronie, wynika zatem z tego, że chłopcy rodzą się częściej z stopą szpotawą obustronną, niż dziewczęta. Przyczyny powstania stopy szpotawej mogą być różne, różne też są teorye jej rozwoju i nawet do ostatnich czasów jeszcze nie zupełnie zgodne.

Doświadczenia i liczne badania, przeprowadzone przez Volkmanna, Schwarza, Bouviera, Shattocka, a zwłaszcza w ostatnich czasach Bessel-Hagena i Hoffa doprowadziły do wyniku, że i przy wrodzonej stopie szpotawej musimy odróżniać dwie osobne postacie, a mianowicie stopę szpotawą pierwotną, spowodowaną przez zboczenia w samym zarodzie części składowych stopy, jako też stopę szpotawą wrodzoną następową, t. j. taką, w której zupełnie prawidłowo pierwotnie zbudowana stopa, dopiero następowo, z powodu działania różnych szkodliwości w życiu śródmacicznem, a zwłaszcza z powodu nieprawidłowego ucisku ścian macicy przybrała kształt i budowę nieprawidłową. Do pierwszego rodzaju zaliczyć musimy przedewszystkiem te przypadki, w których stopa szpotawa powstała wskutek braku n. p. jednej z kości śródstopia, jak to miało miejsce w przypadku, opisanym przez Schwarza, lub nawet kilku kości. Chrystie opisuje przypadek, w którym u dziewczynki dwuletniej stopa szpotawa wysokiego stopnia spowodowana była brakiem palca dużego, pierwszej kości śródstopia, kości klinowej 1, kość czółenkowata bardzo niedostatecznie rozwinięta. Z pomiędzy moich przypadków dwa należały do tej gromady. Jeden z nich dotyczył dziecka 8-dniowego, które przyszło na świat z pękniętą przepukliną rdzeniową; obie nóżki porażone, obie stopy w ułożeniu stopy szpotawej wysokiego stopnia. Dziecko to umarło po dwu dniach, a przy badaniu

anatomicznem stóp znaleziono w obu brak kości śródstopia pierwszej, kość klinowa pierwsza zastąpiona była przez mały, zupełnie nieregularny kawałeczek chrząstki, kość czółenkowata słabo rozwinięta, przednia jej powierzchnia stawowa przylega wewnętrzną swą częścią bezpośrednio do główki pierwszej falangi palca dużego. W drugim przypadku, u chłopca 4-miesięcznego, również z obustronną stopą szpotawą, mogłem stwierdzić przy badaniu wstrzymany rozwój kości piszczelowej, a mianowicie brak kostki wewnętrznej. Hoffa opisuje również przypadek zupełnego braku kości piszczelowej, jako przyczynę wysokiego stopnia stopy szpotawej wrodzonej. W przypadkach takich obecność zboczenia stopy jest zupełnie jasna i nie potrzebuje dalszego tłómaczenia. Trudniejsze i prawie do najnowszych czasów sporne jest tłómaczenie powstania tej wady w przypadkach, w których niema takich braków w kośćcu stopy. Dieffenbach i Hüter utrzymywali, że stopa szpotawa jest zawsze i jedynie następstwem wstrzymanego prawidłowego rozwoju stopy, która w początkowych okresach życia płodowego znajduje się w położeniu supinacyi. Eschricht, Volkmann, a następnie Beely i Scudder twierdzili, że u płodu kończyny dolne przylegają do brzuszka powierzchnią zgięcia, przyczem stopy, zwrócone ku główce, dotykają się wzajemnie palcami małymi, znajdują się więc w najwyższym stopniu supinacyi, że następnie dopiero przez skręcanie się kości uda kończyny przechodzą w położenie prawidłowe, że zatem wstrzymanie tego ruchu skręcającego jest powodem pozostania stóp w położeniu szpotawem. Nowsze jednak badania, przeprowadzone na licznych płodach przez Bessel-Hagena, a następnie przez Hoffę, wykazały, że teorya powyższa oparta jest na fałszywem przypuszczeniu, jakoby u płodu prawidłowego stopy znajdowały się zawsze w położeniu supinacyi. Bessel-Hagen bowiem przekonał się, że w wczesnem życiu płodowem stopy są zupełnie wyprostowane tak, że stanowią prawie wprost przedłużenie podudzia, że następnie podnoszą się zwolna ku górze, że jednak w rozwoju tym nie przechodzą nigdy przez okres supinacyi. Badania te dalej przekonały, że w budowie poszczególnych kości stopy prawidłowej dziecka, a stopy szpotawej, różnice wahają się często w granicach prawidłowych, a Clarke zwrócił uwagę na ważny szczegół, mianowicie, że wyrostek piętowy, który na prawidłowej stopie noworodka zbacza na wewnątrz, skierowany jest przy stopie szpotawej na zewnątrz, byłoby to zaś niemożliwe, gdyby stopa szpotawa miała być wynikiem wstrzymanego rozwoju. Również nie zgadza się z teoryą Eschrichta fakt, iż w przeważnej liczbie przypadków wrodzonej stopy szpotawej dolna część kości podudzia skręconą jest na wewnątrz. musiałaby być zaś przeciwnie, gdyby rozwój stopy szpotawej odbywał się według przypuszczenia Eschrichta

Opierając się na zasadniczych badaniach Bessel Hagena, możnaby tylko te przypadki wrodzonej stopy szpotowej uważać jako powstałe z powodu wstrzymanego rozwoju, w których znajdują się nieprawidłowe przyczepienia się mięśni krótkich na grzbiecie stopy, przemieszczenie przyczepów więzadeł, znaczne spłaszczenie tylnej połowy kości skokowej i już przy urodzeniu wykształcony staw między kością strzałkową, a kością piętową. Słusznie jednak zwraca uwagę König, Küstrer, a w najnowszych czasach i Nasse, że nawet i te zmiany nie koniecznie muszą pochodzić z powodu wstrzymanego rozwoju, lecz mogły się rozwinąć następowo wskutek przystósowania się kości, ścięgien i więzadeł do nieprawidłowego położenia stopy, spowodowanego przez inne przyczyny; wskazują więc stanowczo tylko na to, że stopa szpotawa istniała długo przed urodzeniem się dziecka, zatem powstała w wczesnym okresie życia płodowego.

Arndt tłómaczy powstawanie stopy szpotawej na podstawie postawionej przez siebie zasady biologicznej, że bodźce słabe powodują wzrost prawidłowy, nieco silniejsze — wzrost nadmierny, zbyt silne zaś — wzrost tamują; czyli przyjmując, że bodźce są zawsze jednakowo silne, wypadnie, że ustrój prawidłowy rozwijać się będzie normalnie, nieco słabszy okazywać będzie wzrost nadmierny, w jeszcze słabszym organizmie zaś nastąpi wzrost słabszy, lub nawet zupełny zanik poszczególnych części. Biorąc analogię ze świata zwierzęcego, przypuszcza Arndt rozwój kończyn u człowieka z jednopromiennej pletwy; głównemu promieniowi ma odpowiadać kość ramieniowa, łokciowa i mały palec ręki, w kończynach dolnych kość udowa, strzałkowa i palec mały, zaś kość sprychowa i kciuk, a piszczel, wewnętrzny brzeg stopy i paluch mają być tworami wtórorzędnymi, zatem na działanie bodźców wrażliwszymi i mniej opornymi, niż owe części, odpowiadające głównemu promieniowi pletwy, na których też rzeczywiście zboczenia wrodzone spotykamy rzadziej. Z zestawienia tych dwóch przypuszczeń wynika, że przy działaniu nieco silniejszego bodźca lub, co na jedno wychodzi, przy nieco mniejszej odporności ustroju, wzrost wewnętrznej części stopy będzie silniejszy, rozwinie się więc noga koślawa i kolano koślawe (pas valgus i genu valgum), na kończynie górnej, zaś ręka koślawa i łokieć koślawy (manus valga et cubitus valgus); przy jeszcze mniejszej odporności ustroju, bodziec będzie zbyt silny i spowoduje niedostateczny rozwój tak kości jak i części miękkich po stronie wewnętrznej kończyny i stąd powstaje łokieć szpotawy i ręka szpotawa (cubitus varus, manus vara), a na kończynach dolnych stopa szpotawa i kolano szpotawe (pas varus i genu varum).

Teorya ta mogłaby może służyć do tłómaczenia przypadków, w których wszystkie kończyny dotknięte są rzeczywiście jednakową wadą rozwojową; trudno jednak przypuszczać ją tam, gdzie tylko jedna kończyna dotknięta jest zboczeniem, a chyba całkiem nie może się ostać wobec przypadków takich, jakie opisał Kocher, w którym dziecko przyniosło na świat po prawej stronie rękę koślawą, a stopę prawą szpotawą, lub wobec przypadków, że jedna stopa noworodka jest w wysokim stopniu szpotawa, druga zaś płaska (pes valgus). Wielu z dawniejszych autorów, jak Jörg, Bonnet, Little utrzymywało, iż najważniejszym powodem powstawania stopy szpotawej wrodzonej jest śródmaciczne porażenie poszczególnych mięśni lub gromad mięśniowych. W najnowszych jeszcze czasach H. v. Meyer upatruje przyczyny tego zboczenia w skróceniu się ścięgna mięśnia strzałkowego długiego, a Temming przyjmuje skrócenie więzadeł, jako tak zwaną przez niego „arthrogene Contractur“, za pierwotną zmianę, wywołującą stopę szpotawą. Courtillier w rozprawie swej, ogłoszonej przed dwoma laty, opierając się na obfitym materyale, bo na 826 przypadkach, oraz licznych badaniach anatomicznych i drobnowidowych, wypowiada stanowcze zdanie, że przeważna część przypadków wrodzonej stopy szpotowej powstaje z powodu zmian w przednich rogach szarej substancyi rdzenia pacierzowego, miano-

wicie z powodu zaniku komórek i słupów Clarkego. Zmiany te, wywołane toksynami, krążącemi w czasie ciąży we krwi matki, a następnie naturalnie i we krwi płodu, powodują przemijające lub stałe zaburzenia w odżywianiu się mięśni płodu, opóźniając ich rozwój i tym sposobem mają być pierwotną przyczyną zboczenia w ułożeniu stopy; zmiany w kościach i więzadłach należy uważać za następowe.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Brak kwasu solnego wolnego (*Anachlorhydria*) w treści żołądkowej w przebiegu rozlicznych wrzodów okrągłych żołądka (*ulcera peptica multiplicia ventriculi*).

Podał

Dr. Antoni Krokiewicz,

prymaryusz.

W roku 1897 ogłosiłem w „Przeglądzie lekarskim [1]“) przypadek potrójnego okrągłego wrzodu żołądka: 1) *ad cardiam in oesophagum tendens*, 2) *ad curvaturam minorem*, 3) *ad pylorum. Haemorrhagia ex ulcere post arosionem venae coronariae sup. ss. anaemia acuta*, budzący szczególne zajęcie ze względu na niezwykły przebieg kliniczny z jednej strony, a siedzibę anatomiczną sprawy chorobowej — z drugiej. W przypadku tym, w ciągu ostatnich 6 tygodni spostrzegania klinicznego przed zejściem śmiertelnem, był zupełny brak wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej tak, iż wobec objawów klinicznych, przemawiających pierwotnie niewątpliwie za wrzodem okrągłym żołądka, nasuwało się za życia przypuszczenie, ażali na tle wrzodu okrągłego nie wytworzył się nowotwór złośliwy rakowy. Obecnie miałem sposobność spostrzegać klinicznie również brak kwasu solnego wolnego w przebiegu wielokrotnych wrzodów okrągłych żołądka i dlatego uważam za stósowne przypadek ten chorobowy podać do szerszej wiadomości.

E. R., l. 40, służąca, cierpi od $1\frac{1}{2}$ roku, według wywiadów, na przypadłości żołądkowe. Choroba jej miała się rozpocząć wymiotami, biegunką, boleściami w podżebrzu prawem, poczem przypadłości te pojawiały się od czasu do czasu z rożnem nasileniem. Żółtaczki nigdy nie zauważyła. Od kilku miesięcy znaczniej upada na siłach, szczupleje, czuje odrazę do jedzenia; od 2 tygodni doznaje silnych bólów w podżebrzu prawem po jedzeniu, pustego odbijania i uczucia pełności w brzuchu.

W chwili przyjęcia do szpitala stan chorej był następujący:

3/9. Osoba wzrostu średniego, bardzo wynędzniała. Budowa ciała wątła. Skóra ziemista, blada, sucha; podściółka tłuszczowa słabo rozwinięta. Wyraz twarzy apatyczny. Spojówki blade. Gruczoły karkowe, pachowe, pachwinowe — powiększone do wielkości grochu i orzecha laskowego, twarde, przyczem skóra nad nimi przesuwalna, ruchoma. W tkance podskórnej około kostek skąpy obrzęk.

Klatka piersiowa płaska, granice płuc nieznacznie obniżone miernie ruchome. W obu szczytach, zwłaszcza w lewym, przytłumienie. W szczycie lewym wdech i wydech oskrzelowy i pokryty rzężeniami dźwięcznemi; w szczycie prawym nieoznaczony. Zresztą wypuk wszędzie na klatce piersiowej jawny, a szmery oddechowe pokryte świstami i furczeniami. Liczba oddechów 28 na minutę.

Serce prawidłowych rozmiarów; tony czyste. Ton drugi nad tętnicą płucną silniej zaakcentowany. Tętnice obwodowe wązkie, o równym przebiegu. Tętno regularne, miernie napięte, 80 na minutę.

Język suchy, obłożony; zęby dość dobrze utrzymane.

Powłoki brzuszne wiotkie; znaczny rozstęp mięśni prostych. Przez powłoki brzuszne widoczne ruchy robaczkowe jelit. W jelitach pluskanie; nad spojeniem łonowem bolesność. Okolica żołądka tkliwa; nad częścią odźwiernikową można wyczuć silniejszy opór. Dolna granica żołądka po wprowadzeniu 250 grm. słodkiego mleka przegotowanego sięga 2 ctm. poniżej pępka. W głębi jamy brzusznej można wymacać za uciskiem gruczoły powiększone do wielkości orzechów włoskich i tureckich.

Wątroba i śledziona zmian ważniejszych nie okazują. Nerka prawa ruchoma, łatwo przesuwalna, nieco powiększona, o powierzchni gładkiej; nerka lewa w prawidłowem ułożeniu i prawidłowej wielkości. Mocz prawidłowy.

Badanie części rodnych zmian ważniejszych nie wykazuje.

Odruchy ścięgniste kolanowe prawidłowe.

Chora skarży się na brak łaknienia, uczucie wstrętu i obrzydzenie na widok pokarmów, na bóle napadowe w dołku podsercowym po spożyciu stałych pokarmów, tudzież na pociąg do przyjmowania pokarmów kwaśnych; brak nudności.

Badanie treści żołądkowej, przedsięwzięte na czczo w dniu 4/9 przez Dra Ziarkę, wykazało: zgłębnikiem można wydostać zaledwie kilka ctm. treści, zabarwionej lekko żółcią o oddziaływaniu obojętnem; również dnia następnego, t. j. 5/9, w dwie godziny po śniadaniu mlecznem, wydostano z żołądka zaledwie tylko kilka ctm. treści gęstej, papkowatej, zawierającej strzępy sernika i kawałki bułki, przyczem treść oddziaływała kwaśno i zawierała wyraźne ślady wolnego kwasu solnego.

Chora pozostawała na oddziale przez 21 dni. W tym czasie można było zauważyć ciągły ubytek sił, od czasu do czasu stan podgorączkowy, jużto pod wieczór, jużto w porze rannej, poprzedzany dreszczykami, a badanie stwierdzało powolne szerzenie się sprawy gruźliczej w płucach, zwłaszcza pośród płuca lewego. Również od czasu do czasu pojawiała się biegunka, połączona z morzyskiem i parciem na stolec. Wymiotów, jakoteż i boleści w dołku podsercowym, nie można było zauważyć; łaknienie było małe.

Leczenie polegało na podawaniu środków objawowych, między innymi i kwasu solnego rozcieńczonego, tudzież stósowaniu dyety płynnej a pożywnej.

Wynik badania treści żołądkowej, uskutecznionego przez przez Dra Ziarkę w dniu 8/9 opiewał: W $1\frac{1}{2}$ godziny po śniadaniu mlecznem, składającem się z 300 ctm. mleka i bułki, wydobyto 30 ctm. treści gęstej, zawierającej znaczną ilość bułki, skąpą sernika. Treść żołądka oddziaływała kwaśno, kwas solny wyraźny; kwasota wynosiła 25; próba biuretowa wyraźna.

Dnia 15/9, w godzinę po wypiciu 250 ctm. mleka, wydobyto z żołądka 100 ctm. treści, zawierającej znaczną ilość sernika, nieco zabarwionego żółcią i mierną ilość śluzu o oddziaływaniu kwaśnem. Brak zupełny kwasu solnego wolnego. Kwas mlekowy wyraźny, kwasota 45; próba biuretowa wyraźna; achroodekstryna.

Badanie krwi, dokonane w dniu 16/9 wykazało:

Ilość ciałek czerwonych w mil.³ 3	4,016,000
„ „ białych „	12,000
Hemoglobina	70% (Gowers)
Wskaźnik zabarwienia	0·8
Ciężar gatunkowy	1·045 (Hammerschlag)
Alkalescencya	= 853 NaOH (Engel)
Leukocytoza trawienna	12,500.

Preparat, sporządzony z krwi świeżej, nie wykazuje pod drobnowidem zmian ważniejszych ze względu na zachowanie się ciałek czerwonych i białych; toż samo i preparat barwiony.

Od dnia 15/9 począwszy chora zupełnie nie gorączkuje. Zmiany w płucach pozostają w tem samem nasileniu; również i w innych narządach stan niezmieniony, tylko od

---

[1]) »Przegląd lekarski«, 1897. Nr. 34 i 35:
Przyczynek do nauki o wrzodzie okrągłym żołądka (Ulcus rotundum).

czasu do czasu pojawia się silniejsza biegunka. Brak wszelkich bólów żołądkowych i nudności; odraza do przyjmowania pokarmów utrzymuje się.

Dopiero d. 23/9 chora dostaje silnych bólów żołądkowych, trwających kilkanaście godzin, które były połączone z dreszczami, obfitymi wymiotami fusowatymi i, wśród ogólnego zapadu, zmiera d. 24/9 o godzinie $^{3}/_{4}$9 rano.

Uwzględniając przebieg kliniczny podejrzywaliśmy w danym przypadku nowotwór utajony żołądka i do tej sprawy chorobowej odnosiliśmy biegunkę i obrzęki gruczołów chłonnych. Zmiany gruźlicze w płucach uważaliśmy jako sprawę podrzędną ze względu na utajony nowotwór żołądka. Wobec tego rozpoznanie kliniczne brzmiało:

Neoplasma latens ventriculi. Haematemesis. Lymphadenitis chronica. Infiltratio tuberculosa apicum pulmonum praecipue sin. Enteritis chronica. Cachexia univ. Anasarca.

Dnia 25/9 została wykonaną sekcya w zakładzie anatomii patologicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego przez Doc. Dra Nowaka, a odpis protokółu sekcyjnego, łaskawie mi użyczony, opiewa jak następuje:

Rozpoznanie anatomiczne:

Ulcera peptica (rotunda) multiplicia (30) ventriculi. Haemorrhagia ex ulceribus in cavum ventriculi. Tuberculosis pulmonum et intestinorum. Degeneratio adiposa hepatis et renum. Anaemia permagna universalis.

Żołądek nieco rozszerzony, zawiera skąpą ilość treści fusowatej krwawej. Na wewnętrznej ścianie żołądka znajduje się 30 owrzodzeń o brzegach gładkich terasowatych, sięgających jużto w warstwy powierzchowniejsze ściany żołądka, jużto aż do błony surowiczej. Dno wrzodów gładkie; w przeważnej ilości na dnie i brzegach widoczne jest przesiąknięcie tkanki barwikiem krwi. Rozłożenie wrzodów prawie jednostajne w ścianie tylnej i dnie żołądka. W górnych częściach jelita cienkiego znajduje się treść krwawa. W jelitach grubych, a zwłaszcza w jelicie ślepem, nieliczne owrzodzenia gruźlicze. Gruczoły krezkowe i pozaotrzewnowe powiększone, serowate.

Jak widzimy, kliniczne rozpoznanie utajonego raka żołądka nie zyskało potwierdzenia w oględzinach pośmiertnych. Pomimo objawów klinicznych, przemawiających za obecnością nowotworu żołądka — jak: znacznego stopnia ogólnego wyniszczenia (charłactwa) w ostatnich miesiącach, trwania sprawy chorobowej w całości około $1^{1}/_{2}$ roku, małej ilości (zaledwie kilka ctm.) cieczy śluzowej o oddziaływaaiu obojętnem w czczym żołądku, pojawienia się na szczycie trawienia początkowo (po podawaniu rozcieńczonego HCl) miernej ilości, a na 10 dni przed krwotokiem śmiertelnym nawet zupełnego braku wolnego kwasu solnego w treści żołądkowej, upośledzonego bardzo łaknienia i pragnienia — sekcya wykazała rozliczne (30) wrzody okrągłe w żołądku.

Opisany przypadek chorobowy, podobnie jak i poprzedni, poucza, iż niekiedy wbrew wielokrotnym spostrzeżeniom klinicznym w przebiegu okrągłego wrzodu żołądka znika zupełnie kwas solny wolny przed pojawieniem się krwotoków żołądkowych. Wydarza się to prawdopodobnie wówczas, skoro przychodzi do wytworzenia się nie jednego, ale kilku lub kilkunastu wrzodów okrągłych żołądka. W każdym razie zniknięcie zupełne kwasu solnego wolnego w przebiegu wrzodu okrągłego żołądka zdaje się być zapowiedzią groźnego bardzo stanu, zejścia śmiertelnego.

W przypadkach wątpliwych, czy w danym razie mamy do czynienia z wrzodami okrągłymi żołądka, czy też z nowotworem utajonym żołądka, może rozstrzygnąć ilość ciałek czerwonych krwi w 1 mil. sześć. W przypadku naszym ilość ciałek czerwonych krwi w 1 mil. sześć. wynosiła zwyż 4 miliony; nigdy zaś tej liczby, jak to wkrótce na podstawie odnośnych spostrzeżeń ogłoszę, nie znajduje się w okresie dalej posuniętego charłactwa rakowego, a więc na krótki czas przed zejściem śmiertelnem. Obok nieprawidłowego przebiegu klinicznego, zasługuje w danym przypadku na uwzględnienie zarówno i mnogość wrzodów okrągłych w żołądku, dotychczas jeszcze w tej liczbie nie opisana w literaturze, co też przemawia za ich przyrodą zatorową *(ulcera embolica).*

III. Z zakładu fizyologicznego Uniwersytetu lwowskiego Prof. Dra A. Becka.

O wpływie zabiegów wodoleczniczych zewnętrznych na wydzielanie żółci.

Podał

Dr. Edmund Kowalski,

kierownik zakładu wodoleczniczego „Kiselka“ obok Lwowa.

O wpływie, jaki wywiera na wydzielanie żółci woda, wprowadzona wewnętrznie do ustroju, mamy kilka prac dawniejszych i nowszych, a między temi dwie prace polskie, Wolfa [1]) i Zawilskiego [2]), — wszystkie zaś te, z wyjątkiem pracy zbiorowej, wykonanej pod kierunkiem Stadelmanna [3]), wykazują, iż woda, zależnie od ciepłoty i ilości, podana na wewnątrz, czy to *per os* czy *per anum*, wpływa na wydzielanie żółci zarówno pod względem ilości jak i jakości wydzieliny; — nie spotkałem się jednak z pracą, którąby omawiała ten wpływ wody, zastósowanej zewnętrznie na powłoki ciała, czyli wpływ tak zwanych zabiegów wodoleczniczych zewnętrznych.

Ponieważ zaś sprawa ta nie jest bez pewnego znaczenia, dlatego postanowiłem wyświetlić ją na drodze doświadczalnej.

Do doświadczeń tych użyliśmy psa, ważącego 10·5 klgrm., u którego, po założeniu przetoki żółciowej zupełnej (przecięcie głównego przewodu żółciowego po podwiązaniu go w dwóch miejscach i wszycie pęcherzyka żółciowego w ranę powłok brzusznych) i po zabliźnieniu się brzegów rany zewnętrznej, chwytano żółć do pęcherzyka kauczukowego, połączonego z jednej strony z rurką odpowiednią, którą wprowadzano do przetoki, — z drugiej strony z rurką, służącą do wypuszczania nagromadzonej w nim żółci. Ilość

---

[1]) Wolf. Wpływ wody na wydzielanie żółci. *(Gazeta lekarska,* 1868 r.)

[2]) Zawilski. Wpływ wody na wydzielanie żółci. (*Rozprawy wydziału matem. przyrod. Akademii Umiejętności.* Kraków 1877).

[3]) Stademann (in Dorpat.) Wie wirkt das per Os oder Klysma in den Körper eingeführte Wasser auf Secretion und Zusammensetzung der Galle. Nach den experimentellen untersuchungen der Herren Dr Dr. Nissen, Müller, Loewenton u. Dombrowski. Therapeutische Monatshefte. Heft 10, 11. 1891.

wydzielanej żółci oznaczaliśmy od godziny 6-ej rano do 1-ej po południu i od 3-ej po południu do 9-ej wieczorem, czyli przez 12 godzin na dobę, robiąc przerwę co czwarty dzień. Przez cały czas karmiono psa stale oznaczoną ilością mleka, kukurudzy mielonej, chleba i mięsa chudego. Kał, który pies oddawał, był przez cały czas trwania doświadczeń odbarwiony, acholiczny, co wskazuje, że żółć nie dostawała się do przewodu pokarmowego.

W pierwszym rzędzie oznaczano ilość żółci wydzieloną w 12 godzinach na dobę, bez zastósowania jakichkolwiek zabiegów; następnie oznaczano ilość żółci otrzymywaną również w 12 godzinach na dobę przy równoczesnem stósowaniu zabiegów termicznych; prócz tego oznaczano żółć, otrzymywaną doraźnie wśród i po pewnym zabiegu, zestawiając ją z ilością wydzielaną w tym samym przeciągu czasu bezpośrednio przed zabiegiem.

Przy oznaczaniu ilości żółci na dobę wśród zabiegów posługiwano się kąpielami na 36° C. przez 10 minut, dalej natryskami na 12° C. przez 10 sekund, wreszcie kąpielami na 36° C. przez 10 minut, z bezpośrednio po nich następującemi kąpielami na 16° C. przez ½ minuty; przy oznaczaniu zaś ilości doraźnie otrzymywanej wśród i po zabiegu, posługiwano się natryskami na 16° C. przez 5 sekund, jak również natryskami na 36° C., także przez 5 sekund.

Każdy z wymienionych ogólnych zabiegów pierwszej kategoryi powtarzano bez przerwy dwa razy dziennie przez dni 12, robiąc między jednym a drugim rodzajem zabiegu pauzę trzechdniową, żółć zaś zbierano, jak już wspomniałem, przez dni 3, pauzując dzień czwarty, czyli przy każdym rodzaju zabiegu przez dni 9.

Zabiegi zaś drugiej kategoryi stosowano od czasu do czasu i oznaczano ilość żółci wydzielanej w przeciągu 5 minut, wliczając w to i czas trwania zabiegu i porównywano tę ilość z żółcią wydzieloną również w przeciągu 5 minut bezpośrednio przed zabiegiem.

Prócz wymienionego mierzenia ilościowego żółci, oznaczano także przy każdym rodzaju zabiegu jej gęstość, przez obliczenie ilości części stałych.

Dla krótkości podam tu tylko ilości wypadkowe, pomijając zestawienie szczegółowe, zapisywane z dnia na dzień. —

Jak powiedziałem, mierzono najpierw ilość żółci otrzymaną przed rozpoczęciem zabiegów termicznych i to zbierano ją przez dni sześć w okresach trzechdniowych z pauzą jednego dnia i otrzymano ogólną ilość 277 Cctm. czyli przeciętnie na 12 godzin na dobę 46·16 ctm. (najniższą ilość 36, najwyższą 59 Cctm.) Jest to stosunkowo ilość dosyć mała, bo wynosi na 1 klgrm. wagi ciała i 12 godzin na dobę od 3·42—5·62 Cctm.; podobne ilości otrzymywali Arnold i Leyden z tą różnicą, że oznaczali je na 24 godzin i pierwszy z nich otrzymał ilość od 8·1—11·6 Cctm. drugi od 2·9—10·4 Cctm., podczas gdy Kölliker i Müller wykazują na 1 klgr. i 24 godzin ilość od 21·5—36·1 Cctm., Bidder i Schmidt od 15·9—28·7 Cctm., a Nasse od 12·2 do 28·4 Cctm.[1]). Te dość znaczne różnice ilościowe pochodzą głównie stąd, iż doświadczenia powyższe były robione przeważnie przy przetokach, czasowo założonych, a część tylko przy przetokach stałych zupełnych, wiadomą zaś jest rzeczą, że odjęcie ustrojowi żółci, co właśnie ma miejsce przy przetokach zupełnych, wpływa na zmniejszenie się jej wydzielania[2]).

Następnie stósowano kąpiele gorące przez dni 12 bez przerwy, dwa razy na dzień, a żółć zbierano przez dni 9 w okresach trzechdniowych i otrzymano ogółem ilość 508 Cctm., czyli przeciętnie na 12 godzin na dobę 55·32 Cctm. (najniższą 42, a najwyższą 68 Cctm); — dalej, po kąpielach gorących i przerwie trzechdniowej, stósowano ogólne zimne natryski przez dni 12 bez przerwy, żółć zaś zbierano również przez dni 9 w okresach trzechdniowych i otrzymano ilość ogólną 435 Cctm., czyli przeciętnie na 12 godzin na dobę 48·32 Cctm. (najniższą 37, a najwyższą 61 Cctm.); — wreszcie po przerwie trzydniowej zaczęto dawać kąpiele gorące z następowemi kąpielami zimnemi przez dni 12, a ilość żółci oznaczano przez dni 9 w okresach trzydniowych i pokazało się, że ilość ta wynosi ogółem 665 Cctm., czyli na 12 godzin na dobę, przeciętnie 74 Cctm. (najniższa 48, a najwyższa 85 Cctm.).

Przy oznaczaniu ilości żółci wydzielanej w przeciągu 5 minut podczas stósowania natrysków, okazało się, iż ilość ta przy natryskach zimnych wahała na 9 doświadczeń między 3 a 8 Cctm., podczas gdy w tym samym przeciągu czasu przed zabiegiem wynosiła najwyżej 1·5 Cctm., a zazwyczaj kilkanaście kropli; przy stósowaniu zaś natrysków gorących również przez 9 razy ilości te, t. j. przed i po zabiegu, równały się sobie mniej więcej i były wogóle bardzo nieznaczne, w jednym tylko przypadku różnica wynosiła 2 Cctm. na korzyść zabiegu.

Ilość części stałych w żółci wydzielonej przed stósowaniem zabiegów i wśród stósowania natrysków wynosiła przeciętnie od 2·78% — 3·23%, zaś podczas stósowania kąpieli gorących, jakoteż kąpieli gorących z następowemi kąpielami zimnemi, od 3·63% — 4·34%.

Z powyższego zestawienia widzimy, że ilość wydzielanej żółci na 12 godzin na dobę, przy stósowaniu niektórych zabiegów wodoleczniczych, ulega pewnym wahaniom a mianowicie przy stósowaniu kąpieli gorących, a jeszcze więcej tych ostatnich w połączeniu z następowemi kąpielami zimnemi, podczas gdy przy stósowaniu natrysków pozostaje mniej więcej niezmieniona. Ilość bowiem żółci na 12 godzin w czasie, w którym nie stósowano zabiegów, równała się 46·16 Cctm., podczas gdy przy użyciu kąpieli gorących wynosi 55·32 Cctm., czyli wzrasta o 9·16 Cctm., w okresie stósowania natrysków zimnych opada na 48·32 Cctm., czyli równa się mniej więcej wartości pierwotnej; przy stósowaniu zaś w dalszym ciągu kąpieli gorących z następowemi kąpielami zimnemi podnosi się napowrót i wynosi przeciętnie na 12 godzin 74 Cctm., czyli o 27·84 Cctm. więcej niż przed zabiegami, a o 18·68 Cctm. więcej niż w czasie samych tylko kąpieli gorących.

Przytem nadmienić muszę, iż pojedyncze ilości dzienne tak przy kąpielach gorących, jak i kąpielach gorących w połączeniu z zimnemi, zwiększały się w miarę stosowania zabiegów.

Również widzimy różnice ilościowe w żółci zbieranej w okresie pięciominutowym przed i po natryskach zimnych, czyli że wpływ ich jest dodatni, podczas gdy natryski gorące zachowują się pod tym względem obojętnie.

Podobne wahania, choć bardzo zresztą nieznaczne, spotykamy w zachowaniu się jakościowem żółci; podczas gdy bowiem w żółci zebranej przed stósowaniem zabiegów jak i w czasie natrysków zimnych odsetek stałych części wynosił 2·78% — 3·23%, to w okresie stosowania kąpieli gorących podnosi się na 3·63% — 4·34%.

Jeżeli się teraz zastanowimy bliżej nad wpływem wymienionych zabiegów, to możemy się go dopatrzeć w 2-ch kierunkach: raz n a w y d z i e l a n i e żółci, powtóre na jej w y d a l a n i e.

Widzieliśmy, że pod działaniem natrysku zimnego wypływa żółć w zwiększonej ilości nagle i to stale, bo za każdem powtórzeniem doświadczenia. Cóż za przyczyna może być tego objawu?

Wiadomo jest, że pod wpływem bodźców termicznych krótkotrwałych o niskiej ciepłocie występuje w torze oddechowym, po chwilowej przerwie, przyspieszenie wdechów i wydechów, przyczem wdechy zyskują na głębokości; —

¹) G a m g e e. Die physiologische Chemie der Verdauung 1897. Str. 285.

²) S c h i f f. Bericht über einige Versuchsreihen. I. Gallenbildung abhängig von der Aufsaugung der Gallenstoffe. Pflüg. Archiv. Tom 3. 1870.

prócz tego wykazał Lüderitz[1]) że u zwierząt, które zanurzał chwilowo w kąpieli o ciepłocie niższej od ciepłoty ciała, np. 20° C., czyli na które zadziałała podnieta termiczna dorażnie, że u zwierząt tych ruchy robaczkowe jelit wzmagają się i to przeważnie w kiszkach cienkich, rozprzestrzeniają się jednak, choć z mniejszem nasileniem, na kiszkę ślepą i okrężnicę, a z drugiej strony na żołądek. Wobec więc tego możemy powiedzieć, że przy zastosowaniu powyższych natrysków mamy do czynienia raz ze zwiększonym uciskiem na wątrobę od strony przepony, przez pogłębienie i przyspieszenie oddechów, — powtóre — ze wzmożonym ruchem robaczkowym jelit, oba zaś te czynniki stwarzają, jak wiadomo, warunki ułatwiające mechaniczne wydalanie żółci, nagromadzonej w przewodach żółciowych i pęcherzyku; wprawdzie co do drugiego wymienionego czynnika, rzecz w naszym przypadku przedstawia się nieco odmiennie, wobec bowiem przecięcia przewodu żółciowego, doprowadzającego (ductus choledochus), o przenoszeniu się ruchów skurczowych z jelit bezpośrednio na drogi żółciowe nie możemy mówić, sądzę jednak, że nie jest wykluczonem, iż ruchy robaczkowe dwunastnicy pociągają za sobą takież ruchy dróg żółciowych, nawet po przerwaniu związku bezpośredniego, n. p. na drodze odruchowej, jak również, że możliwem jest, iż zabiegi same, tak jak wywoływały ruchy robaczkowe jelit, pobudzają w ten sam sposób i przewody żółciowe do skurczu. Sprawę tę należałoby wprawdzie jeszcze doświadczalnie wyświetlić, że jednak rzecz się tak mieć może i ma, t. j. że wpływ taki istnieje, obojętnie na razie na jakiej drodze, stwierdzają nam doświadczenia z natryskami gorącymi, przy których zmian powyższych ani w torze oddechania ani w ruchach jelit nie ma, a które też, jak wspomniałem, zachowują się i ze względu na ilość otrzymywanej żółci, obojętnie.

Powiedzieć zatem możemy, że zabiegi termiczne krótkotrwałe o ciepłocie niskiej ułatwiają wydalanie żółci, a to, prócz innych może czynników, głównie przez dwa, t. j. przez zmianę w torze oddechania i w ruchach robaczkowych jelit.

Powtóre widzieliśmy, że pod wpływem kąpieli gorących zwiększa się dzienna ilość żółci.

Pod działaniem zabiegów termicznych o ciepłocie wysokiej zmieniają się między innemi, jak wiadomo, przedewszystkiem stosunki krążenia: ruchy serca po chwilowem przejściowem zwolnieniu ulegają przyspieszeniu i to tem znaczniejszemu, im wyższej użyliśmy ciepłoty, tętnice rozszerzają się tak na powierzchni ciała, jak i w głębi narządów wewnętrznych, a więc i naczynia krwionośne trzew, jak to wykazałem w doświadczeniach, robionych nad ciepłotą i krążeniem w jamie brzusznej[2]), czyli całe krążenie, a tem samem i w żyle bramnej, się ożywia i odbywa w tempie daleko szybszem; jasną zatem jest rzeczą, że i wszelkie czynności, zależne od tego, muszą się potęgować, a więc i czynność wydzielnicza wątroby, bo i dla niej są to warunki korzystne, tak jak przeciwnie, przy zwężeniu naczyń w jamie brzusznej pod wpływem jakichkolwiek bodźców, a więc i nizkiej ciepłoty, czyli przy warunkach pod tym względem niekorzystnych, musi się i wydzielanie żółci zmniejszyć.

Powiedzieć zatem możemy, że zabiegi termiczne o wysokiej ciepłocie zwiększają czynność wydzielniczą wątroby, a to, oprócz innych może czynników, głównie przez zmianę w krążeniu ogólnem i krążeniu w jamie brzusznej.

Przy połączeniu kąpieli gorących z następowemi zimnemi mamy działanie obu czynników wyżej wymienionych, t. j. raz korzystny wpływ na wydzielanie, powtóre na wydalanie już wydzielonej żółci, co razem daje wynik tem dosadniejszy, czyli najznaczniejsze zwiększenie się ilości otrzymywanej w 12 godzinach na dobę.

Powyższe doświadczenia nie mogą może rościć sobie prawa do niezbitych pewników, bo przeprowadziłem je na jednym tylko osobniku i wskazane są zapewne jeszcze dalsze obszerniejsze badania; w każdym jednak razie dowodzą one, że zabiegi wodolecznicze i w tym kierunku nie są obojętne dla ustroju, a co więcej, iż, odpowiednio zastosowane, mogą oddać w poszczególnych przypadkach pewne nie bez znaczenia lecznicze usługi.

[1]) Lüderitz. Experimentelle Untersuchungen über das Verhalten der Darmbewegungen bei herabgesetzter Temperatur. Virchow's Archiv 1891.

[2]) E. Kowalski. Untersuchungen über das Verhalten der Temperatur u. der Circulation in den Bauchhöhlenorganen unter dem Einflusse von Umschlägen. Blätter für klin. Hydrotherapie Nr. 5, 6, 7, 8, 1898.

IV. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie, pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa

O zmniejszaniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu.

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński.

(Ciąg dalszy).

Od czasu ogłoszenia moich przypadków, w których operacye pomniejszające płód wykonywałem przy użyciu wzierników, wszystkie operacye kraniotomii w Szkole położnych, wykonywano bez użycia kranioklastu lub kefalotrybu, a zawsze pod kontrolą wzroku. Przekonałem się przy tem, że otwarcie jamy czaszkowej i wymóżdżenie, pociąganie i wydobycie płodu, a nawet usunięcie w razie potrzeby znacznej części kości główki i zmniejszenie podstawy czaszki, daje się we wzierniku wykonać nie tylko bezpieczniej i pewniej, ale nie równie łatwiej, aniżeli przy innym sposobie operowania. —

Z tych powodów uważam za wskazane podać dokładny opis używanego przezemnie postępowania. Dla ułatwienia zabiegu używam następujących narzędzi osobno w tym celu sporządzonych: wielkich wzierników łyżkowych $5^1/_2$, 6 i 7 ctm. szerokich; kilka par bardzo mocnych, dwuzębnych, na pół tępych szczypczyków do chwytania, opatrzonych zamknięciem, na wzór szczypczyków Doyen'a; następnie bardzo mocnych nożyc 20—22 ctm. długich, przy których zamek jest umieszczony w odległości 5 — 6 ctm. od tępych zaokrąglonych końców ostrzy. Wreszcie dużej łyżki tępej na wzór *curetty*, podanej przez Recamieua, której szerokość wynosi około $2^1/_2$—3 ctm., służącej do usunięcia mózgu.

Zmniejszenie pojemności główki i wydobycie płodu wykonywałem w następujący sposób. Zapomocą wzierników, założonych na tylną i przednią ścianę pochwy, odsłaniam ujście zewnętrzne macicy tak, aby część główki była wido-

czną. Wtedy, tuż przy brzegu ujścia zewnętrznego macicy, chwytam z boku na bok skórę główki na jak najszerszej przestrzeni, jedną parą mocnych szczypczyków od przodu, a drugą od tyłu. Pociągając, a raczej trzymając silnie za szczypczyki, ustalam w ten sposób często jeszcze ruchomą główkę płodu, poczem nożycami Naegelego, lub innem podobnem narzędziem, przebijam pomiędzy szczypczykami części miękkie i kości czaszki, nie szukając wcale szwu lub ciemienia, a następnie rozszerzam otwór. Teraz za pomocą dużej, wyżej podanej, łyżki tępej wygarniam i usuwam o ile się da mózg, co mi się niemal doszczętnie udaje. W celu następnego wydobycia płodu, zakładam dwie, trzy lub cztery pary szczypczyków w ten sposób, że chwytam razem ze skórą kości główki i pociągam za nie pod kontrolą wzroku ku dołowi. Tak postępując, udaje mi się najczęściej, przy niezbyt wielkim niestosunku porodowym, zapadniętą główkę sprowadzić do próżni miednicy. Po założeniu kilku par szczypczyków najdogodniej jest zazwyczaj usunąć wziernik, leżący na przedniej ścianie pochwy, podczas gdy wziernik umieszczony na ścianie tylnej należy pozostawić tak długo, aż otwór w czaszce płodu przejdzie przez szparę sromową. Jeżeli przy mocnem pociąganiu równocześnie za wszystkie szczypczyki, niektóre z nich zaczynają się z kawałkiem kości wyrywać, to czujemy to zawczasu wśród zabiegu, nie wyrywają się bowiem one nigdy nagle, lecz powoli, gdyż inne szczypczyki na to nie pozwalają; owszem czujemy tylko, jak te szczypczyki coraz słabiej trzymają. W takim razie należy wyrywające się szczypczyki zdjąć i założyć je nanowo wyżej. W ogóle, jeżeli pociągać musimy z większą siłą, należy po obniżeniu się główki zakładać szczypczyki coraz wyżej na główce, a w ten sposób, obierając coraz nowe miejsca zaczepienia siły pociągającej, najpewniej uniknąć możemy wyrywania się szczypczyków.

Postępowanie jednak takie w przypadkach bardzo znacznego niestosunku porodowego nie wystarcza, zwłaszcza gdy kości są twarde i grube, szwy wązkie, a główka po wymóżdżeniu nie zapada się, gdyż wtedy pomimo pociągania z bardzo nawet znaczną siłą, główka wcale nie postępuje. Największą przeszkodę stanowi w takich przypadkach podstawa czaszki.

Po założeniu kilku par szczypczyków i równoczesnem pociąganiu za nie ku dołowi, należy w takich przypadkach za pomocą mocnych nożyc przeciąć od przodu całą ścianę czaszki płodu w kierunku od szczytu do jej podstawy. Po takiem przecięciu zapadają się nieco widoczne ściany czaszki i główka zstępuje nieco niżej. W miarę tego chwytając wyżej szczypczykami i ściągając ku dołowi, przecinamy pomiędzy niemi coraz wyżej ścianę czaszki, położoną ku przodowi. Według potrzeby, obok linii kierunkowej cięcia, z jednej i z drugiej strony wycinam kliny z kości różnych rozmiarów. W ten sposób postępując, można zakładać szczypczyki coraz wyżej na główce, nastawiać i odsłaniać coraz dalsze części główki w polu operacyjnem i pod kontrolą wzroku kawałkami usuwać; doszedłszy do podstawy czaszki i ją przeciąć, a nawet części jej usunąć. Kawałkowanie takie główki płodu wcale nie jest tak trudnem, jakby się na pozór wydawało; ma zaś tę niezaprzeczoną wyższość nad innymi sposobami zmniejszania pojemności główki, że jesteśmy zawsze panami położenia, a operując ostrożnie, możemy uniknąć obrażeń przewodu rodnego. Gdy zaś nie będziemy wycinać kawałków kości główki razem ze skórą, lecz tylko same kości, to operować możemy nie bezpośrednio w szyjce macicy, lub w pochwie, lecz w worku utworzonym z części miękkich główki.

Największą trudność stanowić może w takich przypadkach mało rozwarte ujście zewnętrzne macicy. Zwykle jednak, jak dotąd, nie potrzebowałem przecinać szyjki na boki, gdyż w czasie zabiegu zapadnięta i pomniejszona główka, pociągana coraz niżej, stopniowo rozszerza dostatecznie ujście, zwłaszcza jeżeli, jak to najczęściej bywa, ujście to tylko zaciągnięte, a przedtem już było rozszerzone przez pęcherz płodowy.

Przy wykonywaniu zmniejszenia objętości główki i wydobywaniu płodu w sposób podany, nie potrzeba z reguły większej pomocy, jak przy zwykłym sposobie operowania Zwykle wystarczy jedna osoba do trzymania wzierników i pomocy przy pociąganiu za szczypczyki. W przypadkach bowiem, w których przecinać będziemy ścianę czaszki lub kawałkować główkę, wystarczy, jeżeli po założeniu kilku par szczypczyków na główce, osoba pomagająca będzie jedną ręką trzymać wziernik umieszczony na tylnej ścianie pochwy a drugą pociąga za pewną ilość oddanych sobie szczypczyków. Operujący zaś lewą ręką pociągać może w takim razie za resztę szczypczyków, podczas gdy prawą ręką operuje nożycami. Oczywiście w bardzo trudnych przypadkach może być wyjątkowo potrzebna większa pomoc.

W sposób opisany począłem operować przed niespełna trzema laty. Pierwsze przypadki, w liczbie pięciu, podałem w pracy: *„Przyczynek do bezgnilnego i ściśle chirurgicznego postępowania i. t. d.“* ogłoszonej w *Przeglądzie lekarskim* Nr. 26 i 27 r. 1897. Nadto na posiedzeniu Towarzystwa ginekologicznego w d. 15-go lutego i 15-go marca 1898 roku przedstawiłem płody tą metodą wydobyte, jak niemniej dwie położnice po tym zabiegu.

Ożywiona wymiana zdań, która poruszyła różne wątpliwości, jak niemniej uzyskane wówczas wyniki, pobudziły mnie do dalszych prób, co mi tem łatwiej przychodziło, że prof. Mars, który mnie widział operującego, zgodził się już poprzednio w zupełności, aby tę metodę stósować w Szkole położnych bez wyboru we wszystkich przypadkach, w którychby było wskazanie do zmniejszenia pojemności główki płodu, a to w celu, aby tym sposobem wypróbować jej wady i zalety. Operowałem zawsze wobec kilku kolegów, kilkakrotnie zaś przy asystencyi prof. Marsa. Sposobem tym, oprócz ogłoszonych wyżej wspomnianych pięciu przypadków, wykonano jeszcze w krakowskiej Szkole położnych w dziesięciu innych przypadkach operacyę zmniejszenia pojemności główki. Z tych 10-ciu przypadków w 6-ciu wykonałem operacyę sam, w 3-ch wykonał ją prof. Mars, w 1-ym zaś pod mojem okiem wykonał ją jeden z kolegów, chciałem bowiem widzieć, jak się będzie tok operacyi przedstawiał, wykonywanej przez mniej wprawnego kolegę.

Zanim jednak przejdę do opisu przypadków, operowanych w Szkole położnych, muszę napomknąć o przypadku, o którym mi opowiadał prof. Mars, a który miał miejsce po za obrębem Szkoły. Czynię to tem chętniej, że wobec nowej metody, przypadek ten jest bardzo ciekawy. Wobec znacznego bardzo niestosunku porodowego, wskutek ogólnie ścieśnionej miednicy, jeden z zawodowych kolegów przystąpił do zmniejszenia pojemności główki płodu u pierwiastki,

która bezwarunkowo na wykonanie cięcia cesarskiego się nie zgodziła. Trepanem otwarto czaszkę płodu i następnie wymóżdżono zwykłym sposobem. Założono dalej kranioklast Simpsona-Brauna; ponieważ jednak otwór w czaszce wypadł w okolicy ciemienia dużego, na około wyrywały się kości, części uchwycone kruszyły się, a główka wcale nie postępowała. Wśród zabiegu powstał znaczny krwiak przedniej ściany pochwy, który pękł i rodząca krwawiła, co spowodowało osłabienie tętna; stan ogólny wymagał szybkiego ukończenia porodu. Gdy atoli znaczne rozciągnięcie dolnego odcinka macicy i silne zaklinowanie główki we wchodzie miednicy, nie pozwalały myśleć o obrocie, powstawała myśl szybkiego wykonania symfyseotomii, do czego w celu narady wezwano prof. M a r s a. Symfyseotomia wydawała się istotnie zabiegiem najwłaściwszym, aby wyjść z przykrego położenia, a to tem więcej, że obrzękły srom i założona na miejsce krwawiące w pochwie gaza, zabieg utrudniały. Aczkolwiek zrazu prof. M a r s nie spodziewał się, żeby sposób przezemnie opisany mógł być wielce w tym przypadku pomocny, dla próby jednak doradził go użyć. Założono wzierniki Simsa i rozwarto tym sposobem srom i pochwę. Wziernikami ucisnięto zarazem silnie gazę do miejsc krwawiących. Następnie założono na główkę płodu kilka par szczypczyków Doyena, jakie były pod ręką i poczęto za nie pociągać. Postępu zrazu nie było; ale szczypczyki się nie wyrywały i czuć było, że razem silnie trzymają. Wówczas poczęto przecinać część główki najniżej położoną od przodu zstępującą i, chwytając coraz wyżej tak, jak to się czyni przy wycinaniu macicy przez pochwę sposobem Doyena, udało się sprowadzić przeciętą podstawę czaszki. W celu wydobycia tułowia przecięto obojczyk i kilka górnych żeber. Dodać wypada, że ten sam kolega, który kranioklastem płodu wydobyć nie mógł, ukończył w tym przypadku zabieg i wydobył płód sposobem przezemnie opisanym, który mu obecny do końca porodu prof. M a r s doradził. Wydobyty płód był bardzo silnie rozwinięty. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry, połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. **Oceny i sprawozdania.**

Dr. P i s e k: **Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych.**

Przed kilku zaledwie tygodniami pokazała się w handlu księgarskim praca Dra Piska, wydana staraniem i nakładem Wydawnictwa Dzieł Lek. pol., którego prezesowi autor to dziełko poświęcił z okoliczności jego 25-letniego jubileuszu zawodu profesorskiego.

Bo też niemałą jest zasługą obecnego prezesa, że potrafi zachęcać autorów do pisania i wydawania dzieł naukowych i nieraz sam w tej czynności dopomaga i ułatwia, a wydaniem pracy Dra Piska Wydawnictwo przysłużyło się bardzo naszym lekarzom, którzy musieli czerpać wiadomości z tego zakresu chorób z podręczników obcych, nie mając nic nowszego we własnym języku.

Na wstępie autor przechodzi etyologię wad sercowych, rozbiera rokowanie w poszczególnych wadach zastawkowych, ocenia zależność ich i rozwój od przyczyn powodujących wadę, jak również i od sposobu dalszego zachowania się chorych, a przytem przypisuje dziedziczności wpływ niekorzystny na rokowanie, co, mojem zdaniem, nie jest jeszcze udowodnione, gdyż i samej dziedziczności w ścisłem słowa znaczeniu wykazać i udowodnić często nie można,

W dalszym rozdziale zastanawia się autor nad leczeniem, a raczej zachowaniem się w wadach serca przy zupełnem wyrównaniu (kompensacyi) i szeroko omawia dyetę i leczenie zdrojowo-kąpielowe takich chorych, nie zapominając przytem podnieść sprawę małżeństwa osób chorych na serce, co zresztą stanowi już uboczny związek z terapią chorób sercowych. Dalsze rozdziały traktują wyłącznie o metodach leczniczych, a w pierwszym rzędzie o metodzie Oertla, do której autor przywiązuje wielką wagę. Nie miejsce tutaj spierać się o skuteczność tej metody, która już dziś przeszedłszy przez ogień dłuższego doświadczenia, nie znajduje wielu entuzyastów pośród klinicystów i w istocie tylko w bardzo ograniczonych przypadkach da się skutecznie zastósować; a chociaż autor w tym rozdziale gorąco za nią przemawia, toć przecież widać w innych ustępach jego pracy pewna wstrzemięźliwość od podanych zasad.

Toż samo powiedzieć można i o gimastyce, stósowanej według rozmaitych metod, że w teoryi właściwie wiele da się zastósować i należałoby zdaje się oczekiwać pomyślnego wyniku, a tymczasem codzienna praktyka dowodzi często niemożności zastósowania wielu teoretycznych pomysłów, a nieraz nawet notuje niepożądane pogorszenie w stanie chorego. Nie stosuję naturalnie tego do odpowiednio urządzonych zakładów, gdzie tego rodzaju metody dają się w nader małej liczbie przypadków zastósować. Rozdział piąty traktuje o stósowaniu ciepłych kąpieli, zimnych procedur, niemniej też o użyciu prądu elektrycznego i pneumatoterapii w odpowiednich przypadkach wad sercowych.

W dziale szóstym i następnych autor daje nam ogólny pogląd na leczenie wad zastawkowych w chwili zniesienia wyrównania, głównie zaś stósowanie środków farmakologicznych. Nie powiem, żeby podział, jaki szanowny autor zrobił, t. j. leczenie poszczególnych objawów, był mojem zdaniem trafny; boć osobno tylko kołatania serca lub arytmii nikt leczyć nie będzie, jako objawów wynikających ze stanu serca, a działając w pierwszej linii na zmiany podstawowe w krążeniu, tem samem działamy i na poszczególne objawy i je usuwamy. Przechodząc kolejno wszystkie objawy i podając na to środki, mimowolnie autor musi się powtarzać, a tego do zalet książki policzyć nie można. Zwłaszcza co do receptury muszę zrobić zarzut, że jej jest za wiele i to recept mało różniących się od siebie, a zapełniających niepotrzebnie całe stronice książki. Też same recepty powtarzają się przy rozmaitych objawach sercowych i niemal przy każdym objawie znajdujemy powtarzające się recepty już to własne, już to przytaczane z różnych autorów, ale w zasadzie nie różniące się niczem. Jest to mojem zdaniem balast zbyteczny i dałoby się wiele pod tym względem ukrócić z korzyścią dla tej, zresztą ze wszech miar cennej pracy. Nie wszystko, co się znajduje w tej książce, należy ściśle do terapii chorób serca i nieraz autor odbiega od przedmiotu, czy to wdając się ściśle w farmakologię i farmakodynamikę niektórych leków, czy to podając tablice Queteleta lub odsetkowe obliczania białka i tłuszczu w pokarmach, mojem zdaniem zbyteczne dla zrozumienia, jak chory ma się w danym przypadku żywić.

Pomijając jednak te drobne usterki zaznaczam z przyjemnością, że praca Dra Piska zasługuje na szczególne uznanie dla swej wartości i powinna cieszyć się szerokiem rozpowszechnieniem u naszych lekarzy; znajdą w niej bowiem najszczegółowsze przepisy i wskazówki we wszystkich postaciach wad sercowych, a ze środków lekarskich wszystko to, co najnowsza medycyna zdobyć mogła, by w tych ciężkich stanach choremu ulżyć.

Życzyć tylko autorowi należy, aby szybkie rozejście się tej pracy zachęciło go do wydania dalszego ciągu chorób krążenia, co, ufamy, rychło nastąpić powinno.

Dr. J. Surzycki.

VI. Wyciągi.

Prof. Dr. C. H. H. Spronck (z Utrechtu): **Hodowla lasecznika Hansena, oraz rozpoznawanie trądu za pomocą surowicy** *(sérodiagnostic)*. *(Semaine Médicale*, Nr. 49, 1898 r.) Sam tytuł zapowiada dwa nowe fakty: 1) wyhodowanie lasecznika trądu, co jeszcze na zeszłorocznym Zjeździe berlińskim uznano za rzecz, jeżeli nie niewykonalną, to przynajmniej mocno wątpliwą; 2) zastósowanie zjawiska zlepiania się (aglutynacyi) laseczników przez surowicę krwi trędowatych do rozpoznawania trądu.

Co do pierwszego, to autor dochodzi do wniosku, że lasecznik Hansena daje się hodować i następnie z łatwością przeszczepiać. W trzech, przez siebie spostrzeganych przypadkach śmierci z trądu, poczynił on liczne zasiewy z tkanek, przez trąd zajętych. W dwu przypadkach otrzymał on hodowle laseczników, morfologicznie podobnych do laseczników Hansena. Jako pożywki, używał on przeważnie zobojętnionych ziemniaków glicerynowych, do użycia których skłoniło autora podobieństwo, zachodzące pomiędzy lasecznikami Kocha a lasecznikami Hansena. Inne pożywki stósowane nie dały bezpośredniej hodowli. Laseczniki, zaszczepione z tkanek, wyrastały na ziemniakach po upływie dni 10, w ciepłocie 38°C., tworząc maleńkie jasno żółte skupienia, rozrzucone dokoła zaszczepionych cząstek tkanki. Autor przypuszcza, że badane laseczniki z trudnością przystosować się mogą do sztucznej pożywki i dlatego z początku czerpać muszą materyały odżywcze z tkanek trędowatych, jakie na pożywce zostały. Fakt ciekawy do zaznaczenia: laseczniki, wyrastające na ziemniakach, nie dają się z kolei przeszczepiać na inne ziemniaki. Z łatwością wszakże można je przeszczepić na odmienne pożywki, z których najlepiej nadają się: końska surowica żelatynizowana Löfflera, prosty bulion rybi, (z kabliona lub płaszcza), agar z glukozą i żelatyna rozpuszczona, zwłaszcza zaś dwie pierwsze. Na surowicy Löfflera skupienia laseczników są żółtawe a na agarze bezbarwne, okrągławe, o zarysach nieprawidłowych; w bulionie zaś rybim (z ryby płaszcza mianowicie), zarówno jak w wywarze drożdżowym, tworzy się gęsty, kleisty strąt laseczników. Laseczniki, otrzymane w podobnych hodowlach, są nieruchome, względne tlenowce, nie rozwijają się w ciepłocie poniżej 25°C., nie rozpuszczają żelatyny. Pod wpływem sztucznej hodowli wytwarza się jednak zmieniona rasa laseczników trądu. I tak, laseczniki, przez autora wyhodowane, przypominają kształtami bardziej laseczniki błonicy prawdziwej lub rzekomej, niż laseczniki Hansena; dalej, przy barwieniu metodą Ehrlicha, odbarwiają się szybciej, niż laseczniki, zwykle w tkankach trędowatych znajdowane; wreszcie hodowla ich na agarze, pod działaniem płynu Flemminga, nie czernieje, lecz zaledwie brunatnieje. Opisane laseczniki przypominają te, które od lat 10 wyosobniane bywały przez różnych badaczy (Bordoni-Ufreduzzi, Gianturco, Babes, Levy i Czaplewski). Próby szczepienia laseczników tych zwierzętom dały wyniki ujemne.

Aby zbadać działanie aglutynacyjne surowicy trędowatych na wyhodowane przez siebie laseczniki, autor przeprowadził szereg badań. Naprzód, zrobił on 95 prób działania na te laseczniki surowicy ludzi, nie dotkniętych trądem (z tych było: 68 żyjących a 27 trupów). Z prób tych przekonał się, że najwyższe rozcieńczenie, przy którem surowica ludzi żyjących nie trędowatych wywołuje zlepianie się (aglutynacyą) laseczników, zawiera się między $^1/_{20}$ a $^1/_{30}$; podobne zaś *maximum* rozcieńczenia surowicy trupów między $^1/_{40}$ a $^1/_{50}$. Z surowica trędowatych udało się autorowi uczynić 12 prób. W 9-iu przypadkach okazało się, że surowica trędowatych powoduje zlepianie się (aglutynacyą) w rozcieńczeniu od $^1/_{30}$ do $^1/_{1000}$. Różnica jest więc znaczna pomiędzy surowicą trędowatych a surowicą ludzi nie dotkniętych trądem. W trzech wszakże przypadkach (z 12-u spostrzeganych) trądu z nieczułością *(lepra anaesthetica)*, oddawna się datującego (15—32 lat), gdzie plamy na ciele dawno już znikły, siła zlepiająca (aglutynacyjna) surowicy okazała się znacznie mniejszą: zawierała się bowiem 2 razy między 20 a 30, a raz między 30 a 40. Autor przypuszcza, iż prawdopodobnie żaden stosunek nie zachodzi pomiędzy siłą zlepiającą (aglutynacyjna) surowicy krwi z jednej, a objawami klinicznymi, postacią, oraz natężeniem trądu z drugiej strony. Jednakże rozpoznawanie zapomocą surowicy może oddać usługę w praktyce klinicznej. Autor opisuje mianowicie przypadek, gdzie pewien chory, dotknięty rzadką postacią trądu (typ Baeltza), uważanym był za nietrędowatego. Siła zlepiająca (aglutynacyjna) jego krwi, badana przez autora, zawierała się między 60 a 70. Wobec tego, autor postawił rozpoznanie trądu, co stwierdzonem zostało następnie przez dokładne zbadanie mikroskopowe tkanek.

Autor obiecuje rozwinąć obszerniej swe ciekawe spostrzeżenia w następnej swej pracy, która ma się ukazać w niedalekiej przyszłości.

W. Kania (Paryż).

Prof. A. Bier: **Leczenie przewlekłego gośćca stawowego gorącem powietrzem (przekrwieniem czynnem) i przekrwieniem zastoinowem.** *(Münch. medic. Wochschr.* Nr. 31, 1898). W ostatnich miesiącach pojawiło się kilka prac, zalecających wysokie stopnie ciepła w jakiejbądź postaci do leczenia cierpień stawów. M. Wilms *(Forcirte Wärmebehandlung bei Arthritis gonorrhoica. Ctrbl. f. Chir.* Nr. 26, 1898), poleca założyć na chory staw cienki opatrunek gipsowy, gips po wierzchu okręcić spiralnie cienką rurką ołowianą i przepuszczać przez nią wrzącą wodę. Prof. Grawitz *(Ueber die Verwendung des heissen Sandes zu therapeutischen Zwecken. Ztschr. f. diätet. u. physikal. Therapie J. 1, Z. 1)* urządza chorym z przewlekłym gośćcem stawowym, zwłaszcza z t. z. *arthritis deformans*, kąpiele w piasku, ogrzanym do 35 do 55° R. W kąpiołce takiej wygrzewać można także pojedyncze kończyny. Jedna kąpiel trwa $^1/_2$—1 godziny. Dr. S. Salaghi *(Ueber die örtliche Anwendung hoher Wärmegrade vermittels des elekrischen Stroms. Münch. medic. Wochenschr.* Nr. 31, 1898) sporządził t. zw. termofory elektryczne. Zasadą tych przyrządów jest przemiana prądu elektrycznego w energię ciepła. Jestto system cienkich drutów, otoczonych asbestem i połączonych ze stałem źródłem elektryczności; zależnie od miejsca, w którem działać chcemy, owemu systemowi nadajemy różne rozmiary i kształty. Zalety tego sposobu, jakie autor wylicza, są różne: elegancya w użyciu, dokładne umiejscowienie działania, ścisłe i dowolne dawkowanie ilości ciepła etc. Wielu z tych zalet zbywa już np. sposobowi Prof. J. Krausego *(Ueber die örtliche Anwendung überhitzter Luft. Münch. medic. Wochenschr.* Nr. 20, 1898), który do wygrzewania kończyn ze schorzałymi stawami używa pieca ze znanego przyrządu Quinckego. W piecyku tym dochodzi K. do znacznych, gdyż ponad 100°C. temperatur.

Bier, w artykule, w tytule wymienionym, podnosi niedogodności, połączone z użyciem wysokich ciepłot i nie widzi ich potrzeby, gdyż równie dobre, jeżeli nie lepsze, wyniki osiąga w przypadkach zastarzałego gośćca, połączonego z bólem i zesztywnieniem stawu, swojem powszechnie znanem przekrwieniem biernem, polecanem pierwotnie przeciw gruźlicy stawów. W owych bardzo uporczywych przypadkach, w których przekrwienie bierne, systematycznie stósowane, pozostało bez skutku, i wysoko ogrzane powietrze nie działało wcale lub bardzo nieznacznie. A kiedy tak, toż przecież i dla lekarza i dla chorego wygodniejszem i przyjemniejszem jest łatwo i bez trudu urządzić się dające przekrwienie bierne, niż choćby nawet termofory Salaghiego, zwłaszcza gdy się nie ma stałego źródła elektryczności pod ręką, co chyba nie tylko w Galicyi zbyt często się zdarzy.

Herman.

Dr. F. Friedmann: **Przyczynek do dowolnego oznaczania płci płodu.** *(Klinisch therapeutische Wochenschrift*, Nr. 32, rok 1898). W początkowym okresie rozwoju każdy płód posiada dwojakie zawiązki (Grundelemente), z których mogą

powstać narządy płciowe męzkie lub żeńskie. W wyjątkowych przypadkach mogą narządy obydwóch płci wykształcić się u tego samego osobnika, który wówczas będzie obojnakiem; zazwyczaj jednak tylko narządy płciowe jednego rodzaju dochodzą do pełni swego rozwoju, a to kosztem narządów płciowych płci przeciwnej, które zanikają już we wczesnych okresach życia płodowego. Autor stawia sobie pytanie, jakie przyczyny sprawiają to zanikanie jednych a rozwój drugich narządów u płodu i dochodzi do przekonania, że musi tutaj działać jakiś czynnik chemiczny, który, będąc szkodliwym dla narządów jednej płci, umożliwia tem samem rozwój narządów płci odmiennej. Wykazanie tego czynnika chemicznego, tej toksalbuminy, mającej wpływ swoisty dla narządów płciowych żeńskich i męzkich, w stanie płodowym będących, i wprowadzenie takowej do ustroju matki w czasie ciąży pozwoliłoby nam, zdaniem autora, niszczyć dowolnie w zawiązku narządy płciowe jednego lub drugiego rodzaju i tem samem uzyskać noworodki płci takiej, jaką otrzymać chcemy. W dwóch doświadczeniach, wykonanych na jednej morskiej śwince, stosował autor owarynę w celu zniszczenia żeńskiej zarodzi (protoplasmy), zaś sperminę dla zniszczenia męzkiej i, rzeczywiście, po $3^1/_2$ miesięcznem podawaniu owaryny (ogółem 100 kołaczyków), świnka, użyta do doświadczenia, urodziła młode płci męzkiej, zaś następnie, gdy po przerwie dwumiesięcznej powtórnie ją sparowano i zastósowano siedm wstrzyknięć sperminy, wylęgła się samiczka. Autor sam przyznaje, że liczba doświadczeń, na których opiera swoje wywody, jest zbyt małą, ażeby można na tej podstawie orzec, czy czynnikiem działającym była owaryna lub spermina, czy też prosty przypadek, to jest zbieg okoliczności zupełnie nieznanych.

Wyświetlić tę sprawę może tylko duża liczba doświadczeń o zgodnym wyniku.

Piotrowski.

Cobbett: **O wpływie przesączania na antytoksynę błoniczą.** (*Ctblt. f. Bact.* 98. XXIV. 10. 11). C. przekonał się zapomocą licznych doświadczeń, że przesączanie surowicy przeciwbłoniczej przez świeczkę Chamberlanda lub filtr. Berkefelda może niewątpliwie osłabić jej siłę. To osłabienie siły surowicy bywa przytem bardzo rozmaite i zależy od stopnia przepuszczalności danego filtru. Z jednej strony może być strata, jak w doświadczeniach Dzierzgowskiego, nieznaczna, z drugiej zaś może dochodzić nawet 30% pierwotnej siły (przy użyciu filtru Berkefelda), lub nawet być prawie zupełna, jeśli filtr jest bardzo nieprzepuszczalny. Wobec tego przy wyrobie surowicy powinno się używać tylko tych rodzajów filtrów, które łatwo przepuszczają i przerwać przesączanie, skoro tylko filtr zacznie się zatykać; nie powinno się też w takim razie uciekać do wysokiego ciśnienia, aby koniecznie przesączyć surowicę. Koniecznem zaś jest, aby siła surowicy oznaczoną była według prób podjętych dopiero po przesączeniu. Praca C. jest wskazówką dla lekarzy praktycznych, na jaką surowicę liczyć należy; surowice, których siłę oznaczono tylko przed przesączeniem, nie powinny budzić zaufania w swą skuteczność. *C.*

Métin: **Czy prątek błoniczy rozmnaża się w narządach wewnętrznych?** (*Annales de l' Institut Pasteur* 1898.9). Löffler, Roux i Yersin twierdzili, że prątek błoniczy znajduje się wyłącznie w nalotach błoniczych i że nader rzadko tylko można go spotkać we krwi i narządach wewnętrznych zmarłych na błonicę. Przeciwnego zdania byli Frosch, Kolisko i Paltauf, Wright, wreszcie Barbier i Richardière, dowodząc, że prątek błoniczy łatwo przenika w głąb ustroju i rozmnaża się w narządach. (Autor nie uwzględnił badań Nowaka. Ref.) Aby rozstrzygnąć tę sprzeczność, uciekł się M. do doświadczeń na zwierzętach, mianowicie królikach i morskich świnkach; pierwszym wstrzykiwał hodowle błonicze wprost do żył, drugim podskórnie i do jamy otrzewnej. Już w krótkim czasie po wstrzyknięciu nie można odnaleźć prątka błoniczego ani w krwi, ani w narządach wewnętrznych, z wyjątkiem śledziony, w której znajdują się niekiedy pojedyncze jego okazy. Dopiero w dłuższy czas po śmierci poczyna on mnożyć się i w krwi i w narządach i można wykazać go w obfitszej ilości, jeśli się sekcyę zwierzęcia wykona po upływie tego czasu; wówczas znajduje się jednak prątek błoniczy zawsze w towarzystwie innych drobnoustrojów, dostających się do krwi i narządów już po śmierci z treści jelit. Zapomocą dalszych doświadczeń przekonał się M., że prątek błoniczy, wprowadzony do żył zwierzęcia, znika ze krwi, to jest ulega działaniu fagocytozy, już w $^1/_2$ do 1 godziny po wstrzyknięciu; z narządów znika on prawie zupełnie w ciągu doby życia zwierzęcia zakażonego. Natomiast stwierdził M., że prątek błoniczy łatwo przechodzi do ustroju i rozmnaża się w narządach, jeżeli działał w skojarzeniu z paciorkowcami i gronkowcami. Wogóle zatem, według badań M., prątek błoniczy nie rozwija się w narządach, jeżeli sam tylko na ustrój zadziałał; aby go znaleść w obfitości w krwi i narządach, potrzeba albo badania dokonywać w dłuższy czas po śmierci, lub też skojarzyć działanie prątka Löfflera z innymi drobnoustrojami, jak paciorkowcami i gronkowcami. *Doc. Ciechanowski.*

Prof. Ziehen: (Jena) **O leczeniu padaczki makowcem i przetworami bromu,** (*Therap. Monatsh.* Nr. 8. 1898). Sposób leczenia padaczki makowcem i bromem podał Flechsig. Do leczenia nadają się wszystkie przypadki padaczki samoistnej, bez względu na wiek chorych, a więc także u dzieci. Przeciwwskazanym jest ten sposób leczenia u chorych wyniszczonych i w wadach serca. Makowiec podaje się z początku 3 razy dziennie po *0·05*, podnosząc dawkę co 2 dni o *0·01*; po siedmiu tygodniach dochodzi się w ten sposób do dawki dziennej *0·9*. U dzieci, między 12 a 15 r. życia, najwyższa dawka dzienna nie powinna przekraczać *0·6*. W czasie leczenia makowcem wzbronione są wszelkie pokarmy korzenne (także wędliny), alkohol, kawa, herbata i bulion. Palenia tytoniu należy chorym zakazać; przechadzki należy ograniczyć; zaleca się spokój fizyczny i umysłowy. Co wieczór kąpiel 10 minutowa o ciepłocie 24° R., poczem zwolna skraca się kąpiel i obniża jej ciepłotę aż do 3 minut i 17° R. Jako nieprzyjemne skutki makowca wymienić należy: utratę łaknienia i zaparcie stolca; pierwszą zwalcza się podawaniem kw. solnego, drugie masażem brzucha. Już w czasie leczenia makowcem zauważyć można w $^1/_3$ przypadków zmniejszenie się liczby napadów; u reszty chorych stan się jeszcze nie zmienia, a u niektórych napady stają się nawet częstsze i silniejsze. — Po 7 tygodniowem podawaniu (doszedłszy do *0·9* dziennie), usuwa się raptownie makowiec i zastępuje się go natychmiast *6-9* grm. soli bromowych. W tym czasie musi lekarz nad chorym bardzo starannie czuwać i zdać go pod ciągły nadzór doświadczonego dozorcy, a to z obawy wystąpienia głodu makowcowego. Brom należy według Ziehena podawać w możliwie wielkich dawkach, najmniej przez rok; z obawy zatrucia jest się jednak często zmuszonym na czas krótki zmniejszyć dawkę. U osłabionych osobników lepiej zacząć od mniejszych dawek (2,0-4,0). W czasie całego leczenia bromem należy chorego jaknajściślej nadzorować, aby nie dopuścić do zatrucia bromowego. Ziehen radzi opierać się głównie na zachowaniu się odruchu rogówkowego, badając go w kilku punktach na obu oczach. Jeśli odruch zniknął i przez dwie doby nie wraca, należy brom aż do powrotu odruchu odstawić. W razie zatrucia należy starannie czuwać nad stanem narządu oddechowego; podawać małe dawki arsenu (Levico, Roncegno) Wczasie leczenia bromem powinien chory pierwszych 3—5 dni przeleżeć, a w razie głodu makowcowego nawet dłużej; dyeta, jak w okresie leczenia makowcem; zimne kąpiele trzeba z początku na tydzień przerwać. Leczenie można, zdaniem Z., przeprowadzać także w domu. Z. po tem leczeniu widział wiele polepszeń: całkowite wyleczenie tylko 4 razy. *X.*

Prof. Maydl: **O jejunostomii** (*Mitteil. a. d. Grnzgbt.* T. III, Nr. 532, 1898). Autor był jednym z pierwszych, walczących o prawa obywatelstwa jejunostomii w chirurgii

i do dziś pozostał gorącym jej zwolennikiem i propagatorem. Wskazania, bardzo obecnie ograniczone, do tej operacyi, stara się rozszerzyć i wywalczyć dla jejunostomii pierwszeństwo przed gastroenterostomią (przynajmniej w pewnych przypadkach). Dowodzenia autora nie zbyt jednak przemawiają do przekonania. Odsyłając zatem interesowanych do oryginału, ograniczymy się tu do podania dat niewątpliwych.

Zakładając choremu przetokę do jelita czczego, wykluczamy z czynności trawienia żołądek. Czynimy to śmiało, wiedząc, że czynność trawienia żołądka dla ustroju nie jest niezbędną. (Dowodzi tego choćby głośny przypadek K. Schlattera, który u 56-letniej kobiety wyciął cały żołądek i o chorej tej donosi właśnie w tym samym zeszycie *Mitteil. a. d. Grnzgbt.*, że chora ta po roku zupełnie prawidłowo się zachowuje i, co ciekawsze, ścisłe badanie przemiany materyi nie wykazuje żadnych zboczeń. W tejże rozprawie, w przypisku, donosi Schlatter, że zachęcony jego wynikiem lekarz z San Francisko Charles Brooks Brigham wyciął również u 66-letniej kobiety cały żołądek rakiem zajęty, poczem udało mu się osiowo zeszyć dwunastnicę z przełykiem. Chora zniosła zabieg operacyjny dobrze i, w czasie ogłoszenia owej publikacyi, czuła się zupełnie dobrze. *Przypisek ref.).*

Rozległe oparzenia żołądka kwasami, ługami i solami żrącemi, rak rozlany na całym żołądku i wrzody olbrzymie, a zatem przypadki, nie nadające się do radykalnej operacyi, i w których gastroenterostomia byłaby albo niemożliwa do wykonania, albo bezcelowa, stanowią najczęstsze wskazania do wykonania jejunostomii. Technika operacyjna, jak ją opisuje M., jest następująca: po otwarciu jamy brzusznej w lini środkowej i poniżej pępka, wyszukuje się początek jelita czczego W odległości 20 ctm. od początku przecina się jelito poprzecznie i ramię doprowadzające wszczepia się bocznie w ramię odprowadzające, w odległości 20—30 ctm. poniżej miejsca przecięcia. Wszczepienie boczne można oczywiście wykonać przy pomocy guzika Murphyego. Na zewnątrz od cięcia pierwotnego, w odległości ca 2 ctm., robi się nowe krótkie cięcie przez samą skórę lub też przez skórę i mięsień Od tego cięcia podminowuje się tkanki ku ranie laparotomijnej i przez kanał ten przeciąga się wolny koniec ramienia odprowadzającego jelita czczego i otwór ustala się szwami w ranie skórnej. Jamę brzuszną zamyka się w sposób zwyczajny. Bezpośrednio po operacyi można chorego odżywiać w sposób dostateczny. Operacyę tę wykonał autor 22 razy. Skutkiem operacyi zmarło czworo (t. j. 18%, czyli o połowę mniejsza śmiertelność, niż po gastroenterostomii). Także i przewidywania przedłużenia życia po jejunostomii przedstawiają się korzystniej, aniżeli po gastroenterostomii, jak o tem wnosi autor, opierając się na pracy statystycznej Chlumskiego z kliniki Mikulicza. *Dr. Herman.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 7 października 1898.

Przewodniczący: kol. prof. Gluziński. Obecnych członków 52.

1. Kol. Przewodniczący, ogłosiwszy posiedzenie za nadzwyczajne, daje wyraz oburzeniu z powodu morderstwa, dokonanego na Najdostojniejszej Cesarzowej Elżbiecie, oraz zaznacza głęboki żal i smutek po tej niepowetowanej stracie.

Przemówienia wysłuchali koledzy stojąc.

2. Kol. Przewodniczący otwiera posiedzenie zwyczajne.

3. Na wniosek kol. Przewodniczącego Towarzystwo przez powstanie oddaje cześć pamięci zmarłych kolegów: Mossinga i Obalińskiego.

4. Kol. protomedyk Merunowicz, imieniem Rady zawiadowczej Tow. lek. galic., oddaje nowy lokal Sekcyi w własnym domu Towarzystwa lek. w ręce przewodniczącego Sekcyi.

5. Kol. prof. Gluziński składając pokrótce życzenia pomyślnego nadal rozwoju nauki w łonie Sekcyi, czyni wniosek, ażeby serdecznie podziękować za trudy około nowego domu i lokalu Radzie zawiadowczej, a w szczególności koll. Merunowiczowi i Festenburgowi. Wniosek przyjęto długimi oklaskami.

6. Kol. Przewodniczący imieniem zarządu Sekcyi przedstawia wniosek wybrania 3 kandydatów do komitetu polskiego na Zjazd międzynarodowy lekarski w Paryżu.

Przez aklamacyę wybrano: koll. prof. Gluzińskiego, Rydygiera i Ziembickiego.

7. Kol. protomedyk Merunowicz stawia wniosek wybrania delegata do ankiety, zwołanej w sprawie reformy szkół średnich przez Wydział krajowy na dzień 27 października br., oraz zwołania nadzwyczajnego posiedzenia w celu omówienia tej sprawy.

Wniosek przyjęto za nagły i uchwalono zwołanie nadzwyczajnego posiedzenia dla omówienia tego przedmiotu, a w celu zaznajomienia wszystkich ze sprawą, wybrano referentem informacyjnym kol. Merunowicza.

8. Kol. Festenburg, jako prezydent Izby lekarskiej, zaprasza członków Sekcyi na przyjęcie delegatów Izb lekarskich austryackich z powodu Zjazdu, mającego się odbyć w dniu 10-go października br.

9. Wniosek kol. Stachiewicza: »poleca się Wydziałowi Sekcyi, by obmyślił sposób i warunki, pod jakimi dałaby się urządzić w lokalu Towarzystwa czytelnia pism lekarskich peryodycznych, otwarta dla członków przez 2 lub 3 wieczory w tygodniu i by to już od 1-go stycznia 1899 nastąpić mogło«. — przekazano Wydziałowi.

10. Kol. prof. Rydygier wygłosił rzecz: »O nowszych dążnościach w zakresie aseptyki«. Praca ta oparta na własnych doświadczeniach klinicznych ogłoszoną będzie w całości.

W dyskusyi przemawiał kol. doc. Wehr.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

Posiedzenie naukowe z dnia 28 października 1898 r.

Przewodniczący kol. prof. Machek. Obecnych członków 36.

1. Kol. prof. Gluziński przedstawił chorą z kliniki lekarskiej, u której już na podstawie badania przedmiotowego (silne widoczne tętnienie tętnicy szyjnej (carotis) po stronie tylko prawej, mocne wstrząśnienie serca przy tętnie małem i słabem, stłumienie nad mostkiem, ku dołowi się rozszerzające i schodzące się ze stłumieniem serca, przysłuchem dwa szmery najwyraźniejsze nad mostkiem, idąc ku pasze pojawia się drugi ton) rozpoznano rozstrzeń tętnicy głównej (ectasia aortae), a później zdjęty z chorej obraz radiograficzny w zupełności rozpoznanie stwierdził.

Kol. prof. Prus podnosi znaczenie w powyższym przypadku przedłożonego obrazu, bez którego możnaby tutaj przypuszczać jakąś sprawę nowotworową.

2. Kol. Festenburg uwiadamia dotyczących członków o nadeszłych na jego ręce podziękowaniach za gościnność i przyjęcie delegatów austr. Izb lekarskich na Zjeździe w dniu 10 października br.

3. Kol. Uhma zapytuje prezydyum, co zamierza uczynić w sprawie ogłoszenia przez dzienniki polityczne porządku dziennego dzisiejszego posiedzenia, wobec zapadłej przed kilku laty uchwały, wykluczającej podobne ogłoszenia.

Nad interpelacyą kol. Uhmy wywiązała się obszerna dyskusya, w której część mowców oświadczyła się *pro*, część zaś *contra* zniesieniu wspomnianej uchwały; wobec tego przyjętym pozostał wniosek, aby sprawę przekazać Wydziałowi do przedłożenia konkretnego wniosku na najbliższem posiedzeniu.

4. Kol Kowalski E. przedstawił wynik swych badań w zakładzie fizyologicznym prof. Becka »O wpływie zabiegów wodoleczniczych zewnętrznych na wydzielanie żółci«. Rzecz w całości będzie ogłoszoną w *Przeglądzie Lekarskim.*

5. Kol. Jasiński wygłosił odczyt: Z dziedziny antropologii kryminalnej. Odczyt ten będzie również ogłoszonym.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

VIII. Korespondencya.

Paryż d. 6 listopada 1898.

I.

Październik jest miesiącem, w którym Paryż zaczyna się budzić z odrętwienia wakacyjnego. Ludzie wracają do zajęć, ruch się wznieca i wzmaga, życie w towarzystwach naukowych, leniwie płynące podczas wakacyj, poczyna się coraz energiczniej objawiać. Uniwersytet jest zaledwo napół otwarty, wykłady bowiem i kliniki niewcześniej jak w listopadzie się rozpoczynają. Okres ten budzącego się życia naukowego zaznacza się zwykle naukowymi zjazdami. Obecnie aż trzy z nich mamy do zaznaczenia.

Pierwszym, co do czasu, był Zjazd położniczo-ginekologiczny i pedyatryczny, przypadający co trzy lata. Odbył się on tego roku w Marsylii (od 8 do 13 października), wszakże można go podciągnąć pod rubrykę wypadków paryskich, ponieważ większa część członków na nim przemawiających przybyła z Paryża. Zjazd podzielił się na trzy sekcye. Głównym przewodniczącym był prof. Pinard; w Sekcyi ginekologicznej przewodniczył prof. Pozzi (z Paryża), a w pedyatrycznej — prof. Broca (z Paryża). Zbyt wiele poruszono spraw na tym zjeździe, abyśmy mogli szczegółowo rozpatrzeć każdą z nich z kolei. To też zatrzymamy się przeważnie na sprawozdaniach z tematów postawionych na porządek dzienny Zjazdu.

Takim tematem w Sekcyi ginekologicznej była sprawa: *O leczeniu ciąży zamacicznej*, której sprawozdawcą był prof. Segond (z Paryża). Referat jego sumiennie i wyczerpująco opracowany, nic wszakże zupełnie nowego nie zawierał. Można jednak było zauważyć, iż referent ma szczególną predylekcyę dla laparotomii, którą w znacznej większości przypadków za najlepszą operacyę uważa, zachowując cięcie przez pochwę wyłącznie prawie dla przypadków krwisteku otorbionego (hématocèle enkystée). W rozprawie, która się nad tą sprawą toczyła, prof. Pozzi zauważył, iż co się tyczy drogi operacyjnej, niepodobieństwem jest ograniczać się do jednej jakiejkolwiek metody, lecz należy się kierować przy jej wyborze topografią uszkodzeń. A więc gdy w wielu przypadkach ciąży zamacicznej laparotomia rzeczywiście jest wskazaną, to w innych znów lepiej jest posłużyć się cięciem przez pochwę; a nawet mogą się zdarzyć i takie przypadki, że cięcie boczne jamy brzusznej, pozaotrzewnowe, daje najlepsze wyniki.

Prof. Richelot (z Paryża) opisał nowy, w pewnych przypadkach odchylenia macicy przez niego stosowany, sposób przymocowania macicy do pochwy (vaginofixation). Operuje on mniej więcej w sposób następujący: Ściąga macicę szczypczykami na dół, nacina poprzecznie przedni zaułek pochwy, następnie puszczając szyjkę przechyla macicę ku przodowi i przeprowadza poprzecznie przez górną wargę nacięcia pochwowego, oraz przez ścianę przednią macicy poniżej rogów (cornes) macicznych, nitkę katgutu, popod którą równolegle dwie inne jeszcze przeprowadza. Rana po takiem zeszyciu zrasta się łatwo, a macica zostaje trwale utwierdzona w położeniu prawidłowem. Ponieważ dno macicy jest wolnem, może się więc ona swobodnie rozwijać podczas ciąży. —

W Sekcyi położnictwa zdawał sprawę Bouffe de Saint-Blaise (z Paryża): *O samozatruciach podczas ciąży.* Referat ten zasługuje na szczegółowsze streszczenie. Jak wiadomo, każdy ustrój, dzięki własnym czynnościom życiowym, stale podlega samozatruciom. Podczas ciąży, gdy równowaga w ustroju tak łatwo może być naruszona, tem większe niebezpieczeństwo samozatrucia grozi kobiecie. W prawidłowym stanie ustroju walczą specyalne narządy przeciwko samozatruciu, czy to przetwarzając lub zatrzymując trucizny, (jelita, śledziona, gruczoły chłonne, nadnercze, gruczoł tarczykowy, wątroba), czy to wydalając je na zewnątrz (jelita, skóra, płuca, nerki). Objawy samozatrucia wtedy tylko wystąpić mogą, gdy który z wymienionych narządów niedostatecznie czynności swe spełnia, lub też, gdy zbyt wiele trucizn się wytwarza. To ostatnie zjawisko stale ma miejsce podczas ciąży. Niezbędnem jest wówczas przeto dla równowagi wzmożenie czynności narządów obronnych, co znów, powodując po pewnym czasie (gdy narządy te uprzednio były zdrowe) niejako ich przeciażenie, wywołuje następowo zaburzenia w ich sprawności. Najbardziej cierpią pod tym względem tak ważne narządy, jak wątroba i nerki. Zaburzenia w nich, zwłaszcza w wątrobie, są najbardziej groźnemi. Samozatrucia podczas ciąży objawiają się rozmaicie. Spotykamy tu: zaburzenia w czynnościach trawienia, uporczywe wymioty, ślinienie, świerzbienie ogólne, bronzowe zabarwienie skóry, żółtaczkę, obłęd połogowy, białkomocz, wreszcie drgawki. Wszystkie te różnorodne objawy mają to wspólnego, iż najlepszą metodą ich leczenia jest dyeta mleczna.

W Sekcyi pedyatrycznej spotykamy się z największą liczbą sprawozdań: Legendre (z Paryża) referował: *O niestrawności wychowanków w pensyonatach*, t. j. dzieci (od lat 7—18 przeciętnie), mieszkających i karmionych w internatach szkolnych. Z badań osobistych sprawozdawcy wynika, że pożywienie, dawane dzieciom w większej liczbie podobnych zakładów we Francyi odpowiada pod wielu bardzo względami potrzebom fizyologicznym ustroju w okresie wzrostu. Dzieci więc zdrowe powinnyby się rozwijać prawidłowo. Niestety jednak tak nie jest. Pokarm bowiem zupełnie odpowiedni dla zdrowych, nie jest już takim dla osłabionych lub cierpiących na narząd trawienia, a takich jest większość wśród dzieci, przebywających w internatach. Byłoby więc koniecznem, a przynajmniej bardzo pożądanem, aby dzieci, wstępujące do internatów, były dokładnie badane co do ich czynności trawiennej i następnie podczas całego pobytu w zakładzie ulegały pod tym względem ciągłemu nadzorowi lekarskiemu, oraz aby ich żywienie mogło być choć w przybliżeniu przystósowanem do potrzeb każdego z nich w szczególności.

W tejże sekcyi, Guinon (z Paryża) mówił: *O zapaleniach jelita okrężnicowego* (colites) *u dzieci;* Prof. Méry (z Paryża): *O współżyciu* (associations) *drobnoustrojów w błonicy*, a głównie o najlepiej zbadanem zespoleniu paciorkowca z prątkiem Löfflera; Sevestre (z Paryża): *O rokowaniu i leczeniu dławca w epoce obecnej*, co już jest znanem czytelnikom *Przeglądu*; Weill (z Lyonu): *O leczeniu chorób serca u dzieci*; Oddo (z Marsylii): *O klasyfikacyi obustronnych porażeń kurczowych* (spasmodique) *u dzieci*; Delanglade (z Marsylii): *O wrodzonych przepuklinach brzusznych*; Zani-Metaxas (z Marsylii): *O leczeniu stopy szpotawej porażennej*; (autor proponuje przeszczepiać całkowicie lub częściowo zdrowe mięśnie z ich ścięgnami lub tylko część ścięgien na ścięgna mięśni porażonych).

Niepodobieństwem jest wdawać się nietylko w poszczególny rozbiór, lecz nawet w wyliczanie odczytów; to też na zaznaczeniu powierzchownem ważniejszych sprawozdań poprzestać musimy. Tegoż samego trzymać się będziemy i w sprawozdaniu naszem z XII-go Zjazdu dorocznego Stowarzyszenia chirurgów francuskich, który odbywał się w Paryżu od dnia 17-go—22-go października, pod przewodnictwem profesora Le Dentu (z Paryża). Na ten Zjazd naznaczone były dwie sprawy: 1) *O nefrotomii*, której sprawozdawcą był prof. Guyon i prof. Albarran (z Paryża), i 2) *O leczeniu chirurgicznem wola* z wyjątkiem raka gruczołu tarczykowego, oraz wola towarzyszącego chorobie Basedowa; sprowozdawcą był prof. Reverdin (z Genewy).

Prof. Albarran dzieli swoje sprawozdanie na dwie części: w pierwszej zastanawia się nad właściwą nefrotomią, t. j. nad prostem czasowem nacięciem nerki, do którego uciekać się w trzech przypadkach należy: 1) w celu zbadania schorzałych: nerki, miedniczki nerkowej lub moczowodu; 2) w celu wydobycia kamieni nerkowych (nefro-

lithotomia); i 5) dodatkowo, przy operacyach, dokonywanych na miedniczce nerkowej lub moczowodach. Jestto operacya prosta i żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawiająca.

W drugiej części, pod nazwą nefrostomii omawia Albarran operacyę, która polega na otwarciu miedniczki nerkowej przez tkankę nerkową, oraz na utrzymaniu otwartej rany nerkowej, tworząc w ten sposób w celu terapeutycznym rodzaj przetoki chirurgicznej. Operacyi tej dokonać można zapomocą cięcia pozaotrzewnowego, albo, co jest lepszem, zapomocą cięcia lędźwiowego. Wskazaną bywa ta operacya w bezmoczu (anurie), w puchlinie nerkowej (uronéphrose), oraz w zropieniu nerki (pyonéphrose). Daje ona często dobre wyniki, z wyjątkiem jednak nerki zropiałej na tle gruźliczem, gdzie najlepsze jeszcze względnie wyniki osiąga się przez nefrektomię.

W drugiem sprawozdaniu poruszył prof. Reverdin parę zajmujących punktów. Np. sprawozdawca ucieka się zwykle przy operacyi wola do znieczulenia eterem, o ile nie zna specyalnych przeciwskazań; w razie zaś duszności, wywołanej przez ucisk wola, poprzestaje na znieczuleniu miejscowem zapomocą kokainy, jeżeli znieczulenie jest wówczas koniecznem. Jako najlepsze cięcie skórne uważa on t. zw. cięcie kołnierzowate Kochera, daje ono bowiem najlepsze blizny; odrzuca sprawozdawca wycięcie całkowite (thyroidectomie totale) jako mające następstwa groźne. W dalszym ciągu roztrząsa inne znane metody operacyjne, oddając pierwszeństwo przed innemi t. zw. wyłuszczeniu we wnątrz-gruczołowemu (enucléation intraglandulaire). Nakłócia lub wstrzykiwania uważa on w ogóle za zbyteczne, a w pewnych nawet przypadkach za niebezpieczne. Czasem proste nacięcie może oddać niejakie przysługi.

W dyskusyi, jaka się nad tą sprawą toczyła, prof. Roux (z Lozanny) oświadcza się stanowczo przeciwko znieczulaniu podczas operacyi wola. Następnie, biorąc pod uwagę niepodobieństwo rozpoznania w początkach rakowatego zwyrodnienia wola, radzi wycinać całe wole w przypadkach, gdy takowe zaczyna się rozrastać. Co do metody operacyjnej, to ucieka się on zwykle albo do wyłuszczenia międzygruczołowego Socina, albo do tyroidektomii częściowej Kochera, i znacznie częściej dokonywa tej ostatniej operacyi. Doyen (z Paryża) oświadcza, że w przypadkach wola o wielkiej torbieli wyłuszczenie stanowi metodę najlepszą; wszakże w przypadkach wola wielotorbielowego, o wielkiej ilości małych węzełków (nodules), lepiej jest uciec się do jego metody tyroidektomii częściowej z użyciem jego nowych kleszczy do miażdżenia naczyń, co pozwala w kilka minut zakończyć operacyę. W niektórych przypadkach, zdaniem Doyena, dobrze jest zrobić intubacyę krtani, co daje możność chloroformowania chorego.

Na tymże Zjeździe prof. Poncet (z Lyonu) zwrócił uwagę na pewien rodzaj nowotworów w kościach, tworzących się kosztem błony wewnętrznej naczyń kostnych. Nazywa on je śródbłoniakami kości (endotheliomes des os). Do ostatnich czasów zaliczano je do jednej klasy z kościomięsakami. Billroth, a później Waldeyer opisali je pod nazwą naczyniomięsaków. Zajmują one jednak odrębne miejsce w szeregu nowotworów złośliwych. Z osobistych spostrzeżeń autor przekonał się, iż nowotwory, opisywane pod nazwą tętniaków, guzów naprężnych kości (tumeurs érectiles des os) są w rzeczywistości śródbłoniakami.

Larger (z Maisons Laffitte) przedstawił dziecko trzyletnie, operowane przez niego z powodu tarni dwudzielnej okolicy lędźwiowo-krzyżowej (spina bifida lombo-sacrè) w ciągu pierwszych 24 godzin po urodzeniu. Rana pooperacyjna zagoiła się po zeszyciu. W następstwie nie było ani puchliny pacierza (hydrorrhachis), ani głowowej (hydrocéphalie), co się zdarza często, jeżeli się operuje w późniejszym wieku dziecka. Dziecko przedstawione rozwija się zupełnie prawidłowo dotknięte jest tylko pewnym niedowładem nóg.

Aby już skończyć ze Zjazdami, musimy jeszcze rzucić okiem na III-ci Zjazd doroczny Stowarzyszenia urologów francuzkich. Na porządku dziennym tego Zjazdu postawione było pytanie: *O zakażeniach pęcherza*. Sprawozdawcami byli Albarran, Halle i Legrain. Według tych autorów istnieje wiele rozmaitych czynników zakażeń pęcherza. Zostawiając na stronie gruźlicę, można podzielić te czynniki na: częste, rzadkie i wyjątkowe. Do częstych należą: *bacterium coli* (131 razy na 304), gronkowiec ropotwórczy, *proteus* Hausera, paciorkowiec ropotwórczy, gonokok Neissera. Rzadkimi bywają prątek Ebertha, diplokok Fränkla, oraz *diplobacillum* Friedländera. Wyjątkowych wreszcie długa jest lista, mało są jednak dotąd znane. Częstem jest bardzo zakażenie mięszane i trudno nieraz dociec, który z drobnoustrojów rolę dominującą odgrywa. Zakażenie nastąpić może albo bezpośrednio przez otwory cewki lub moczowodu, albo też pośrednio, przez naczynia krwionośne lub chłonne. Zakażenie może albo przejść bez żadnego następstwa, albo wywołać rozmnożenie się laseczników w moczu, znajdującym się w pęcherzu, albo wreszcie spowodować zapalenie pęcherza.

W. Kania.

IX. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka

Z ck. Namiestnictwa
L. 53402

OKÓLNIK

do wszystkich Panów ck. Starostów i W-nych Panów Prezydentów
król. stoł. miast Lwowa i Krakowa.

Okólnikiem ck. Namiestnictwa z 16 kwietnia 1885 l. 14.532 w sprawie niższych posług cyrulicznych postanowiono, że cyrulikom (golarzom) wolno jest wykonywać *tylko* na ordynacyę lekarską *tylko* takie czynności, które należą do zakresu pielęgnowania chorego, jak: stawiania gorczyczników i pijawek, jakoteż baniek suchych i ciętych i dawania lewatyw; atoli żadnych czynności leczniczych, jak puszczanie krwi, rwanie zębów, golarzom (cyrulikom) *samodzielnie* wykonywać niewolno, a podejmowanie tych czynności uważane być ma za partactwo, które, o ile nie podpada pod postanowienia ustawy karnej, podlega karze według rozporządzenia ministeryalnego z 30 września 1857 d. p. p. Nr. 198.

Z powodu poczynionych spostrzeżeń, że cyrulicy (golarze) uzurpują sobie prawo do wykonywania rozmaitych czynności chirurgicznych na własną rękę,—tu i owdzie nawet lekarze, powołani do wykonywania nadzoru nad partactwem, o cyrulikach i ich obowiązkach mylne mają pojęcie (polecając np. prośbę cyrulika o pozwolenie wykonywania czynności chirurgicznych, nawet rwanie zębów, zabronione im rozporządzeniem min. z d. 20 marca 1892 Dz. p. p. Nr. 56), ck. Namiestnictwo, w celu należytego wykonywania policyi sanitarnej w tym względzie, wzywa Pana ck. Starostę (W-go Pana Prezydenta), aby zarządził ponowne ogłoszenie powołanych na wstępie okólników, odpisy tego ogłoszenia udzielił wszystkim w powiecie zamieszkałym lekarzom, zwłaszcza gminnym i okręgowym, oraz by czuwał nad tem, aby odnośne postanowienia były ściśle przestrzegane, a wbrew temu działający do odpowiedzialności byli pociągani.

Lwów, dnia 10 listopada 1898.

Piniński.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 1 grudnia 1898 r.

* Dnia wczorajszego odbyło się poświęcenie i uroczyste otwarcie kliniki okulistycznej w Krakowie. Po nabożeństwie w kościele św. Łazarza, przyodziani w togi, udali się profesorowie w uroczystym pochodzie do nowego gmachu, który bezzwłocznie poświęcił J. E. Książę Biskup krakowski. W zieleń przybranej sali wykładowej zgromadzili się przedstawiciele władzy duchownej i świeckiej, profesorowie Uniw.

Jagiell., wyżsi urzędnicy sądowi, lekarze i młodzież uniwersytecka. Wśród zebranych zajęli miejsce: prof. okulistyki we Lwowie, oraz prezes Sekcyi lwowskiej Tow. lek. gal. Dr. Machek i znany okulista z Lublina, Dr. Józef Talko, wraz z synem Włodzimierzem, lekarzem z Radomia. —

Przemówienie J. E. Księcia Biskupa rozpoczęło uroczystość; następnie zabierali głos: J. E. Namiestnik, hr. Piniński, J. Magn. Rektor U. J, Prof. Kleczyński i dyrektor kliniki okulistycznej, prof. dr. Wicherkiewicz. Przemówienie pierwszych trzech dygnitarzy łączyło się ściśle swą treścią ze stanowiskiem i wysoką godnością, którą piastują. Szersze obszary myśli objęła mowa prof. Wicherkiewicza: podziękowawszy imiennie tym wszystkim, którzy do dźwignięcia budynku klinicznego przyłożyli życzliwej ręki, w nadobnych i wzorzystych zwrotach nakreślił mowca to znaczenie, jakie ma oko dla ustroju ludzkiego, zwłaszcza dla jego życia duchowego. Ztąd płynie przysłowiowa potrzeba pielęgnowania oka. Gdy jednak nauka o chorobach ocznych sięga starożytnych czasów, ściśle nauczanie kliniczne okulistyki rozpoczyna się w Europie dopiero w r. 1811, kiedy, pod naciskiem i groźbą chorób ocznych, które nawiedziły Europę po powrocie wojsk napoleońskich z Egiptu, założono klinikę okulistyczną w Londynie, a wkrótce potem w Wiedniu. W innych uniwersytetach okulistykę łączono teoretycznie i klinicznie z chirurgią. Tak się działo w Krakowie jeszcze za profesorstwa Bierkowskiego. Pomnikowe badanie oka pod względem fizyologicznym, anatomicznym i fizycznym przez takich genialnych uczonych, jak Jan Müller, Brücke, Helmholz, rozszerzyły zakres działania okulisty, a okulistykę wyodrębniły do stopnia samoistnej specyalności. Wszystkie Uniwersytety pospieszyły z ustanowieniem samodzielnych katedr i klinik. W Krakowie, dzięki staraniom prof. Sławikowskiego, powiodło się zdobyć dla kliniki chorób ocznych 6, a po jakimś czasie drugich 6 łóżek, dodajmy, najniestósowniej umieszczonych. Nieodżałowany śp. Lucyan Rydel rozporządzał już 24 łóżkami; atoli budynek dotychczasowej kliniki, w którym on nauczał i pracował, nie posiadał żadnych warunków do rozwinięcia pracy naukowej; temu tylko zaiste należy przypisać, że taki człowiek, jak ś. p. Lucyan Rydel, obdarzony głęboką wiedzą, wielką zdolnością i szczerym zapałem, zeszedł ze świata bez śladów naukowej działalności. Nowa klinika posiada warunki do naukowej pracy i praca ta, przy Bożej pomocy, będzie płodną. Jednak działalność kliniczna wymaga ciągłych ulepszeń i nakładu; pod tym względem poleca mowca nową klinikę dalszej i nieustającej opiece rządu. Zwracając się do młodzieży, gorącemi słowy wezwał ją prof. Wicherkiewicz do pilnej i wytrwałej pracy: »la noblesse oblige« powiedział mowca, lecz nie w rozumieniu pochodzenia rodowego, lecz posiadania; komu więcej dano, od tego też i więcej żądać należy, a przedewszystkiem on sam od siebie wymagać więcej powinien.

Przytoczony z pamięci szkic mowy prof. Wicherkiewicza nie odźwierciadla jej wytwornej formy i głębokich myśli. Pod wrażeniem tych słów poważnych przystąpiono do szczegółowego obejrzenia wewnętrznego urządzenia nowej kliniki, lecz dla braku miejsca musimy się zrzec opisu tego pięknego i celowi odpowiedniego budynku.

Wieczorem podejmowali PP. Wicherkiewicze obecnych na porannej uroczystości dygnitarzy duchownych i świeckich, ciało profesorskie, oraz licznych lekarzy i obywateli z miasta i okolicy.

* Wydział balneologiczny warszawskiego Towarzystwa higienicznego odbył pierwsze posiedzenie pod przewodnictwem Dra Dobrzyckiego. Poruszono wiele spraw ze stanowiska ogólnego, a w końcu uchwalono roztrząsnąć na przyszłem posiedzeniu 2 tematy, mianowicie: »Uwagi nad miejscami klimatycznemi w naszym kraju«, oraz »Określenie ogólnych potrzeb mieszkań letnich«. Pierwszy temat podjął się opracować Dr. Sokołowski, drugi Dr. J. Zawadzki. Posiedzenia mają się odbywać co miesiąc.

* Ordynatorem oddziału dla chorób gardła w warszawskim szpitalu starozakonnych mianowany został na podstawie konkursu Dr. Leopold Lubliner.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w U. J. otrzymali: Władysław Antoni Borzęcki i Adam Zenon Antoni Schmidt.

(J. G.) *Öster. Sanitätswesen* w Nr. 46 zamieszcza tymczasowe daty statystyczne ruchu ludności w Austryi (bez Węgier) z r. 1897, bez dokładniejszych zestawień z latami poprzedniemi, porównań z liczbą ludności danej prowincyi itd.

Jednak z tych kilkudziesięciu rzuconych liczb okazuje się znowu nizki stopień oświaty naszego biednego kraju. I tak, na 100 porodów odbyło się w całej Austryi 65·1% przy pomocy położnych lub lekarzy, — w Czechach 97·9%, — w Tryeście 100%; — u nas zaledwie 21·4%, najniższy odsetek z całej Austryi.

Na 100 wypadków śmierci stwierdził lekarz przyczynę śmierci w całej Austryi 66·5% razy, — w Czechach 99·5% razy, — u nas zaledwie 23·4% razy.

W całej Austryi (bez Węgier) zmarło w r. 1897 dzieci w wieku do lat 5-ciu przeszło 700.000 (siedemkroć); z tego w samej Galicyi blizko 3 cia część, — w Czechach (najwięcej ilością mieszkańców zbliżonych do Galicyi) — mniej jak piąta część.

Pocieszającem w tem sprawozdaniu jest tylko to, że wiek młody do lat 15 okazuje w całej Austryi (bo danych dla pojedyńczych prowincyj z lat poprzednich brak) z roku na rok niższą śmiertelność (czyżby surowica?). Podobnież ilość wypadków śmierci z gruźlicy zmniejsza się stale od lat kilku. Natomiast rośnie stale ilość przypadków śmierci z powodu nowotworów złośliwych.

* W niedzielę nastąpi uroczyste odsłonięcie w Paryżu pomnika dla Charcota, wystawionego ze składek międzynarodowych.

* Komitet gospodarczy XIII-go międzynarodowego Zjazdu lekar. w Paryżu uchwalił, by Zjazd ten odbył się od 2-go do 9-go sierpnia 1900 r. (*Münch. med. Wochenschr.*)

* Zjazd niemieckich balneologów odbędzie się w Berlinie między 3 a 7 m. marca 1899 r.

* Pierwszy Zjazd rosyjski dla klimatologii, hidrologii i balneologii odbędzie się między 12 a 16 grudnia b. r. w Petersburgu.

Mianowania. Prof. niemieckiego Uniw. w Pradze, Dr. Filip Knoll, — zwyczajnym profesorem patologii ogólnej i doświadczalnej w Wiedniu.

Nekrologia. Dnia 23 z. m. zmarł w Wadowicach Dr. Maurycy Wojciech Zennermann, emerytowany lekarz powiatowy, w 83 r. życia. Dr. Edward Maresz zmarł w Szydłowcu, gub. radomskiej. W Paryżu zakończył życie sędziwy Dr. Gruby, lekarz Chopina, Heinego, obu Dumasów itd.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. *W Kronice Lekarskiej* (Zeszyt 22): Dr. Bregmana L.: Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni. *W Gazecie Lekarkiej Nr. 48.* Dr. Motza B.: O gruźlicy nerek. Piotrowskiego J.: O leukemii i sprawach pokrewnych. Dr. Ołtuszewskiego W.: O stosunku porażeń mózgowych wieku dziecięcego do różnych kategoryj zboczeń mowy. W *Medycynie Nr. 48*: Dr. Rosenthala J.: Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala starozakonnych w Warszawie w 1896—97 r. oraz ogólny zarys działalności tegoż szpitala. Dr. Kleina S.: Pochodzenie i znaczenie eozynofilii tkanek i krwi.

Redakcya otrzymała:

— Neugebauer Fr.: Venus cruenta, interdum mutilans, interdum occidens. Przyczynek do nauki o urazach narządów moczopłciowych kobiecych *sub coitu* (Odbitka. Warszawa, 1898).

— Tenże: Rzadkie spostrzeżenie automatycznej rytmiczne czynności serca 14-tygodniowego płodu ludzkiego, aż 3 godziny po śmierci jego trwającej. (Odbitka. Warszawa, 1898).

— Tenże: 12 spostrzeżeń ran postrzałowych brzusznych, podczas ciąży. (Odbitka. Warszawa, 1898).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 7-go Grudnia, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium medicum* na Grzegórzkach w Sali wykładowej Prof. Dra N. Cybulskiego.

Na porządku dziennym:

Kol. A. Wróblewski wygłosi odczyt w połączeniu z demonstracyami: „O mleku niewieściem i krowiem w świetle nowszych badań chemicznych".

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Rok XXXVII. Kraków, 10. Grudnia 1898. Nr. 50.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Aseptyczny stół operacyjny.

Opisał

Prof. Dr. Rydygier,

c. k. Radca dworu.

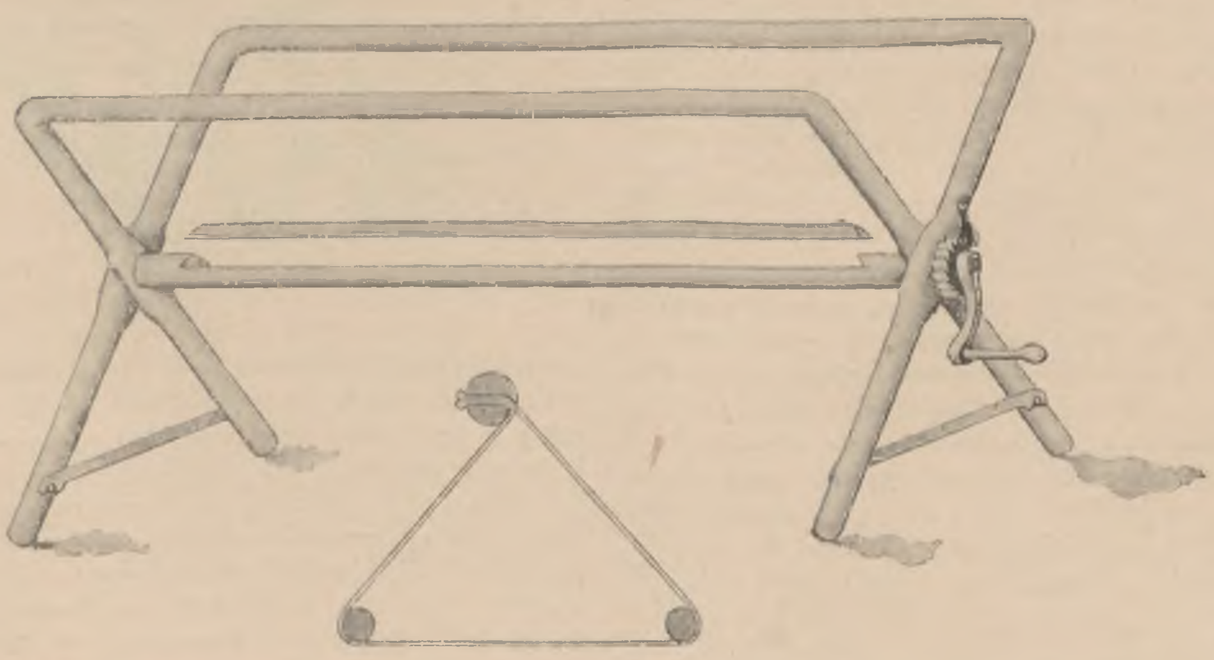
Czem prostszą jest budowa stołu operacyjnego, tem łatwiej utrzymać go w zupełnej czystości. Dawniej mniemałem, że stół, którzyby nie posiadał osobnych urządzeń do unoszenia głowy lub opuszczania nóg operowanego byłby zupełnie niedostateczny do użycia. Od wielu już lat jednak posługuję się stołem o wcale niezawikłanem złożeniu, bez specyalnych urządzeń, i zawsze z usług jego jestem zupełnie zadowolony. Głowę unosimy poduszeczkami kształtu wałka, a gdy wyjątkowo zdarzy się potrzeba uniesienia całej górnej połowy tułowia, podsuwamy choremu pod plecy ramy żelazne z naciągniętem na nich płótnem żaglowem. Przy pomocy podobnych ram układamy chorego z podniesioną miednicą w położeniu Trendelenburga. Tym sposobem unikamy wielu śrub, śrubek i zawiasów, zawsze trudnych do oczyszczenia.

Innem, trudnem do rozwiązania zadaniem, jest wyszukanie aseptycznych, łatwych do oczyszczenia i niepodlegających innym zarzutom płyt na stół. Pod względem aseptyki idealnemi są płyty ze szkła. Z temi jednak stronami idealnemi łączą się ujemne. Wysoka cena i kruchość czynią je niepraktycznemi, a właściwa im twardość i niemiły chłód szkodzić mogą choremu. Z doświadczenia naszego w Krakowie nabrałem przekonania, że nie tylko mogą szkodzić, ale że w istocie przynoszą znaczne szkody chorym. Leżąc na takich, zawsze zimnych płytach, chory przeziębia się i to stanowi czynnik, który później usposabia do rozwijania się spraw zapalnych w płucach. Wszelkie podkłady, któreby osłaniały twardość szyb lub urządzenia do ich ogrzewania w czasie operacyi, wikłają znów w wysokim stopniu budowę stołu i utrudniając utrzymanie bezwzględnej czystości, obrażają nasze poczucie aseptyki.

Części ujemnych stron płyt szklanych nie podzielają impregnowane płyty z drzewa, wprowadzone do handlu przez firmę Knoke i Dressler z Drezna. Lecz i na ich twardość uskarżają się chorzy, a nadto nasuwają się wątpliwości co do ich stanu aseptyczności.

Tymi względami powodując się, kazałem zrobić stół, którzyby, pozbawiony wszelkich wad poprzednio wyliczonych, miał nadto tę zaletę, aby bez trudności był przenośny, służąc w praktyce prywatnej, oraz w czasie wojny.

Dołączony rysunek pozwala mi w kilku słowach uporać się z opisem.



Ustawiony na skrzyżowanych nogach, ogólnym swym zarysem stół ten przypomina zwyczajne nosze. Dwa poprzeczne pręty u dołu ustalają wzajemne położenie nóg i całego rusztowania. Gdy trzeba stół przenieść na inne miejsce, wystarcza wyjąć owe pręty, aby obie ramy rusztowania zbliżyły się do siebie i stół przybrał kształt ułatwiający bardzo przeniesienie. Płyty zastępujemy mocnem płótnem żaglowem, rozpiętem ponad oboma ramionami poziomemi i zaklinowa-

nem swymi podłużnymi brzegami w drążku środkowym, dolnym, który, będąc zasadniczą częścią składową stołu, równocześnie, niejako dodatkowo, służy do napinania płótna w pożądanym stopniu. W tym celu drążek ten rozszczepionym jest w całej swej długości na dwie nierówne części, utrzymywane przy sobie zapomocą wsunięcia krótszej połowy w skośne nakarbowania dłuższej. Zapomocą korby możemy okręcać drążek wzdłuż jego osi długiej. Między obie połowy zaklinowuje się płótno, i, zanim właściwe napinanie się rozpocznie, okręcamy je parokrotnie na około niego, bo ten akt wstępny czyni wydatniejszem i pewniejszem późniejsze napinanie. Aby po napięciu płótno nie wyśliznęło się z zakleszczenia, ma ono wzdłuż obu brzegów wszyty odpowiednio gruby sznurek. Płócien takich mamy kilkanaście, i przed każdą operacyą naciąga się na stół płótno świeżo wyprane i wysterylizowane.

II. **Stopa szpotawa wrodzona**.

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

Podał

Dr. H. Schramm,

docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

(Ciąg dalszy).

Materyał mój jest wprawdzie za szczupły, abym go mógł porównywać z statystyką Courtilliera; nie nadarzyła mi się też sposobność badania drobnowidowego rdzenia pacierzowego u dzieci z wrodzoną stopą szpotawą. Tyle jednak mogę powiedzieć, że u 25 badanych w tym kierunku dzieci, nie znalazłem nigdy objawów osłabienia poszczególnych mięśni; oddziaływanie ich na prądy elektryczne, skurcze odruchowe i, o ile się dało stwierdzić, i dobrowolne, były zawsze we wszystkich mięśniach jednakowo silne i niczem się nie różniły od oddziaływania mięśni u dzieci zdrowych. W czterech przezemnie spostrzeganych przypadkach, w których dzieci przyszły na świat z tarnią dwudzielną (spina bifida) i z prawie zupełnem porażeniem obu kończyn dolnych, nie było żadnego zboczenia w ułożeniu stopy; w dwóch innych była obustronna, w jednym prawa stopa szpotawa. Wnosić z tego wolno, że same zmiany w unerwieniu nie wystarczają do wywołania stopy szpotawej. Nadto badania nad powstawaniem odpowiednich zboczeń stopy przy porażeniach nabytych w wieku późniejszym przekonały, że samo porażenie jednego lub kilku mięśni nie wystarcza do sprowadzenia zboczenia stopy; potrzeba do tego współdziałania innego czynnika, a mianowicie działania mechanicznego z zewnątrz, które utrzymuje stopę w położeniu nieprawidłowem. Natomiast codzienne prawie doświadczenie poucza, że samo działanie mechaniczne wywołać może nawet przy zupełnie zdrowych mięśniach i nerwach zmiany położenia, do usunięcia których potrzeba potem długiego czasu i wielu zachodów. Wszak znany jest fakt, iż nawet ucisk kołdry sprowadzić może uporczywą stopę końską, a u osłabionych chorobą dzieci, złe i długotrwałe ułożenie kończyn powodować może nawet zwichnięcia zupełne w różnych stawach. Znany jest też zwyczaj Chińczyków, którzy przez bandażowanie nóg dziecka nadają im kształt dowolny. Tem bardziej zrozumiały jest fakt, iż ucisk, utrzymujący nogę płodu stale w fałszywem położeniu, musi spowodować skrócenie się mięśni po stronie zgięcia, oraz i wzrost kości w nieprawidłowym kierunku. Liczne spostrzeżenia i badania anatomiczne kości stopy szpotawej wrodzonej dowodzą, że pierwotnie prawidłowo zbudowana stopa dopiero następnie kształt swój zmieniła. Pomijając już bowiem inne zmiany, o których poniżej obszerniej pomówię, nie można inaczej wytłómaczyć tego zjawiska, że przednia powierzchnia stawowa kości skokowej w wielu bardzo przypadkach podzielona jest na dwie części, z których tylko wewnętrzna artykułuje z kością łódkową, druga zaś zewnętrzna powleczona jest chrząstką mniej lub więcej zwyrodniałą, czasem jeszcze pokrytą resztą torebki mazistej. Obraz taki, opisany zresztą dokładnie już przez Shattocka i Rozera znalazłem sam w dwóch przypadkach, w których badałem kościec stopy szpotawej; wnosić z niego należy, że kość łódkowa przylegała pierwotnie prawidłowo do całej przedniej powierzchni stawowej kości skokowej, a dopiero przez następowy ucisk kość łódkowa przesunięta została na wewnątrz, przez tó zewnętrzna część powierzchni stawowej główki kości skokowej przestała być właściwie powierzchnią stawową i powoli też jej cechy zatracała. Potwierdza to przypuszczenie także spostrzeżenie Lapeyrea, że jądro kostne kości skokowej, mimo mniej lub więcej łukowatego kształtu, jaki ma ta kość w przypadkach stopy szpotawej wrodzonej, dąży w kierunku osi pierwotnej prawidłowej przedniej powierzchni stawowej. Obecności ucisku śródmacicznego dowodzą i te spostrzeżenia, w których na skórze noworodka znaleziono wybitne jego ślady w postaci ograniczonego zaniku skóry, jej pokładu brodawkowego i pokładu Malpighiusza. Przypadki takie opisał Volkmann, a z pomiędzy moich był jeden, w którym nad wypukłą i mocno wygiętą szyją kości skokowej widać bardzo dokładnie takie ślady ucisku. *(Fig. 1)*.



W miejscach tych, wielkości ziarna soczewicy, skóra jest cieńsza i bledsza niż w otoczeniu. Widać je dość wyraźnie i na rysunku tego przypadku. Działaniem ucisku śródmacicznego można też jedynie wytłómaczyć przypadki, w których stopy dziecka tak są ze sobą splątane, iż na jednej stronie wytworzyła się stopa szpotawa, na drugiej płaska (pas valgus). Bardzo charakterystyczny taki przypadek przedstawia figura w dziele Hoffy, przedstawiająca przypadek spostrzegany przez Volkmanna.

Powody ucisku śródmacicznego na stopę dziecka mogą być różne. Najczęstszym z nich jest niedostateczna ilość wody płodowej, wskutek czego ściany macicy gniotą wprost na ciało płodu. Przyczynę tę uznawano już bardzo dawno; znaj-

dujemy bowiem wzmiankę o niej już u Hippokratesa, uznawał ją po nim Gallen, Paré, Scarpa. Nowsze badania Cuveillera i Martina o względnie skąpej ilości wód płodowych, jaką spotyka się przy porodach dzieci z stopą szpotawą na świat przychodzących, wreszcie dokładne spostrzeżenia Volkmanna, Lückego i Kochera usuwają wszelką pod tym względem wątpliwość.

Niedostateczność wód płodowych może być zresztą tylko względną w porównaniu z wielkością płodu. Tłómaczyłoby to, że przy ciążach bliźniaczych częściej się zdarza stopa szpotawa, że chłopcy częściej przychodzą na świat z tą wadą niż dziewczęta, fakta których przytoczona powyżej teorya Courtilliera nie może wytłómaczyć; ten sam skutek co brak wód płodowych mogą wywołać nowotwory macicy lub miednicy.

Oprócz ścian macicy wywołać mogą stały ucisk na stopę płodu także zrosty amniotyczne, jak to miało miejsce w przypadkach opisanych przez Parkera, Bessel-Hagena i Shattocka. Koch opisał przypadek, w którym u 8-miesięcznej dziewczynki znajdowała się na lewej stronie stopa szpotawa wysokiego stopnia, na prawej zaś nodze była stopa płaska (peś valgus), silnie obrzmiała z powodu zasznurowania przez postronek amniotyczny, tuż nad piętą. Bardzo charakterystyczny przypadek podaje również Nasse: Obok amniotycznych zasznurowań, które spowodowały amputacyę palców rąk i nóg, znachodziła się na jednej stronie stopa szpotawa, na drugiej płaska. Między moimi przypadkami znajduje się jeden, który policzyć należy do tej kategoryi. Był to chłopczyk, liczący ośmnaście miesięcy, syn zdrowych zresztą rodziców izraelitów; o bliższych szczegółach porodu nie mogłem się dowiedzieć. Na obu rączkach były palce 2, 3 i 4 zrośnięte ze sobą w ten sposób, że między palcem 3 a 4 zrost był zupełny; zaś na palcu 2 i 3 zrośnięte tylko członek pierwszy do połowy i członek trzeci. Na wszystkich trzech palcach ostatnie falangi były zniekształcone, zamienionie w rodzaj przyrostka kulistego, między falangą drugą a trzecią głęboka bruzda tak, iż falanga 3-cia połączona była z 2-gą tylko cienkim mostkiem, — zmiany widocznie wywołane przez zasznurowanie postronkami amniotycznymi. Prawa nóżka dziecka przedstawia stopę w wysokim stopniu szpotawą. Przez grzbiet jej przebiega bruzda głęboka na 1 milim., również widoczny ślad ucisku. Takie samo działanie, tamujące ruchy stopy i utrzymujące ją w nieprawidłowem położeniu może wywołać także pępowina, zwłaszcza jej zawęźlenie, jak to opisał Siebold i Hoffa.

Łatwo zrozumiałem jest, że przy nieprawidłowych położeniach odnóg dolnych płodu ucisk ścian macicy na stopy będzie tem łatwiejszy i silniejszy. Dlatego to wrodzone zwichnięcia w stawie kolanowym połączone są często ze stopą szpotawą. Bardzo zajmujący przypadek tego rodzaju leczyłem w szpitalu św. Zofii, i niżej zamieszczam jego fotografię. Dziecko to urodziło się z zwichnięciem w obu stawach kolanowych na wewnątrz i w tył. Jeszcze w 4 tygodnie po urodzeniu dziecię położone wolno ściągało nóżki tak, iż zewnętrzna powierzchnia podudzia przylegała prawie zupełnie do zewnętrznej płaszczyzny uda. Obie stopy znajdowały się w położeniu szpotawem najwyższego prawie stopnia.



Obustronne wrodzone zwichnięcie w stawie kolanowym w stopie szpotowej.



Nie ulega wątpliwości, że ucisk na stopę tem łatwiej wywoła jej zboczenie, im płód jest słabszy, im zatem ma mniej sił dla pokonania tego ucisku i przynajmniej czasowej zmiany w położeniu stopy. Tem tłómaczy się, że n. p. z pomiędzy bliźniąt często tylko słabsze rodzi się z stopą szpotawą, podczas gdy silniejsze ma nogi prawidłowo rozwinięte; tem zrozumialszem jest, że ucisk, choć małego stopnia, wystarczy do sprowadzenia stałych zmian w kształcie stopy, gdy ruchy kończyny są u płodu niemożebne z powodu osłabienia, lub tem bardziej porażenia poszczególnych gromad mięśni, lub całej kończyny. Dla tego to tak często spotykamy stopę szpotawą u dzieci, przychodzących na świat z wadami rozwojowemi mózgu, lub rdzenia, w postaci wodogłowia, przepuklin mózgowych lub rdzeniowych. Przypadków takich, jak już wyżej wspomniałem, spostrzegałem trzy, dwa razy obok przepukliny rdzeniowej i zupełnego porażenia odnóg dolnych obustronną, a raz prawą stopę szpotawą.

Na pytanie, w jakim okresie życia płodowego rozwija się stopa szpotawa, odpowiedź wypadnie różnie, stósownie do tego, jaką autor przyjmował teoryę powstawania. Według przypuszczenia Dieffenbacha, Hütera i Eschrichta musiałaby ona powstawać w pierwszych tygodniach rozwoju płodu, zanim stopa z przypuszczalnego pierwotnego położenia w supinacyi miała czas przejść w położenie prawidłowe. Parker i Shattock przypuszczają jej powstanie w okresie, gdy mięśnie są jeszcze tak mało rozwinięte, że płód nie może wykonywać dowolnych ruchów. Brodhurst przypuszczał zatamowanie wzrostu z powodu zmian w mózgu w 4 lub 5 miesiącu ciąży. Według najnowszych badań Bessel-Ha-

gena i Hoffy, z któremi i moje spostrzeżenia zupełnie się zgadzają, zboczenie to może powstać w każdym okresie życia płodowego. Stopy szpotawe spowodowane nieprawidłowem ułożeniem zarodka na stopę, zatem wynikające z braku poszczególnych kości, lub nieprawidłowem przyczepieniem się więzadeł i mięśni, zboczenia wywołane przez zrosty amniotyczne, wreszcie zboczenia wywołane z powodu wad w ośrodkach nerwowych, należy zapewne odnieść do bardzo wczesnych okresów ciąży. Przeciwnie, najważniejsza i najliczniejsza gromada tych zboczeń, zawdzięczająca swe powstanie uciskowi ścian macicy, zaczyna się rozwijać w drugiej połowie życia płodowego, kiedy najczęściej zachodzi niestosunek między wielkością płodu a ilością wód płodowych, a co zatem idzie, utrudnioną ruchomością kończyn. Zmiany anatomiczne, stwierdzane w stopie szpotawej, będą naturalnie różne, stósownie do przyczyny, jaka wywołała wytworzenie się tej wady. W stopie szpotawej pierwotnej, idyopatycznej, możemy prawie w każdym przypadku znaleźć inne zboczenia rozwojowe: w jednym niedostateczny rozwój, lub brak piszczela (przypadek mój i Hoffy), w innym brak kości klinowej jednej lub kilku, brak kości śródstopia lub zlanie się kilku w jedną masę (przypadki Schwarza-Chrystiego). Co do przypadków tych, nie można więc podać stałych prawideł. W najliczniejszych przypadkach, w których, według wyżej przytoczonych wywodów, jako przyczynę powstania stopy szpotawej musimy przyjąć ucisk na zresztą prawidłowo założoną stopę płodu, budowa stopy i jej części składowe przedstawiają zmiany charakterystyczne i prawie stałe, a małe odmiany wykryte przez różnych autorów dadzą się wytłómaczyć tem, że różne przypadki zaczęły się rozwijać w różnym okresie życia płodu. Jeżeli sobie uprzytomnimy, że stopa szpotawa polega na silnej supinacyi tak, że brzeg jej zewnętrzny staje się brzegiem dolnym, na nieprawidłowej addukcyi tak, że paluch zbliża się mniej lub więcej do kostki wewnętrznej, wreszcie na zgięciu podeszwowem tak, że pięta jest podniesiona ku górze, a palce zmierzają ku dołowi, wtenczas można prawie teoretycznie wywnioskować, jakie zmiany położenie to musi wywołać w kościach i rzeczywiście przy badaniu anatomicznem zmiany takie znachodzimy. Najwybitniej występują one na kości skokowej i piętowej; w mniejszym stopniu na kości czółenkowatej i sześciennej, jeszcze mniej na kościach klinowych. Z powodu zgięcia podeszwowego stopy kość skokowa wysuwa się ku przodowi i dołowi tak dalece, że kąt między osią podudzia a osią kości skokowej dochodzi do 150°, podczas gdy u dzieci prawidłowo rozwiniętych nie można zgiąć stopy ku dołowi więcej, jak do kąta 130° (Kocher). Wskutek tego nadmiernego zgięcia kość skokowa jest w tylnej swej połowie z góry na dół spłaszczona, ma zatem kształt klinowaty; górna jej powierzchnia stawowa tylko tylną częścią artykuluje z piszczelem, to też tylko ta jej część jest dobrze rozwinięta, podczas gdy na przedniej połowie chrząstka, wskutek nieużycia, wyrodnieje. Obie te części oddzielone są od siebie czasem mniej lub więcej wystającą listewką, poprzecznie przebiegającą. Należałoby się spodziewać, że wskutek silnej addukcyi stopy okręcać się będzie także trzon kości skokowej około swej osi poziomej ku wewnątrz, tymczasem liczne badania, zwłaszcza Adamsa stwierdziły, że część tej kości, tkwiąca normalnie między obu kostkami, zwrócona jest w stopie szpotawej ku zewnątrz, wskutek czego powierzchnia stawowa dla kostki wewnętrznej jest niedokładnie rozwinięta, lub jak to miało miejsce w przypadku badanym przez Kochera zupełnie zanikła tak, że kość skokowa połączona była z kostką wewnętrzną stałą masą włóknistą. Przeciwnie na stronie zewnętrznej powierzchnia stawowa jest dobrze rozwinięta, czasem nawet powiększona. W 3 przypadkach moich badałem wyjęte kości skokowe wprawdzie u dzieci już starszych, 8-mio, względnie 12-letnich i zawsze przekonałem się, że powierzchnia dla kostki wewnętrznej była prawie zupełnie zanikła. W 2 przypadkach u dzieci zmarłych w 10, względnie 12 dni po urodzeniu wskutek pęknięcia przepukliny rdzeniowej, zmiana ta była znacznie mniej wybitna, choć z pewnością powierzchnia wewnętrzna kości skokowych była mniejsza, niż u prawidłowo rozwiniętych dzieci tego samego wieku.

Natomiast po stronie zewnętrznej kości skokowych uzyskanych drogą operacyjną u dzieci starszych, znalazłem zmiany przeciwne od tych, jakie opisał Adams: powierzchnia stawowa była przesunięta ku przodowi, leżała tuż przy szyi tej kości, podczas gdy tylna jej część była prawie pozbawiona powłoki chrzestnej. Zmiany te dałyby się wytłómaczyć tem, że mocno ku wewnątrz wygięta szyja kości skokowej, na której opierał się przeważnie cały ciężar ciała, niejako wypycha na zewnątrz więcej ku tyłowi położony trzon kości.

Szyja kości skokowej w stopie szpotawej jest mniej lub więcej wygiętą ku wewnątrz; brzeg jej zewnętrzny wydłużony, wewnętrzny skrócony tak, że kąt, jaki otrzymamy, pociągnąwszy jednę linię przez środek górnej powierzchni stawowej, a drugą przez zewnętrzny brzeg szyi tej kości, a wynoszący według badań Shattocka u prawidłowego noworodka 38°, dochodzi przy stopie szpotawej przeciętnie do 48·6°, a nawet w bardzo wybitnych przypadkach do 64°. Badania Scuddera, Kirmissona i Charpentiera doprowadziły, lubo odmienną drogą prowadzone, do takich samych wyników. Doświadczenie moje, uzyskane badaniem 3 kości skokowych dzieci dorosłych (8 i 12 lat) i u dwóch dzieci 10, względnie 12-dniowych, przeprowadzone metodą podaną przez Shattocka, wykazały przeciętnie kąt 51°, a mianowicie w ostatnich przypadkach u jednego dziecka na nóżce prawej 38, na lewej 40°; u drugiego 43 i 53°; na kościach skokowych uzyskanych przez operacyę kąt ten, podług mych pomiarów wynosił 56, 59 i 62 stopnie.

Wskutek tego zboczenia szyi, główka kości skokowej zwrócona jest ku wewnątrz i ku dołowi, powierzchnia stawowa jest często podzielona na dwie części, z których tylko wewnętrzna artykuluje z kością łódkową. Wybitną listewkę, oddzielającą obie te części powierzchni stawowej, znalazłem w jednym z mych przypadków, u dziewczynki 12-letniej, u której wyjąłem w celach leczniczych lewą kość skokową. O znaczeniu etyologicznem tej listewki wspomniałem już wyżej.

Kość piętowa przedstawia również ważne, cechujące dla stopy szpotawej zmiany. Przedni jej wyrostek jest mocno zgrubiały, natomiast tylna część ścieńczała i spłaszczona, *sustentaculum* zmniejszone, czasem prawie całkiem zanikłe. Cała kość piętowa jest ułożona tak, iż oś jej nie przebiega poziomo z tyłu ku przodowi, lecz od tyłu, góry i zewnątrz ku przodowi, dołowi i wewnątrz, a nadto, według spostrzeżeń Kochera, oś ta nie stanowi linii prostej, lecz mniej lub

więcej wybitny kabłąk, wklęsłością zwrócony ku wewnątrz. Wskutek silnego pochylenia ku dołowi, a nadto wysunięcia się kości skokowej ku przodowi, artykuluje kość piętowa z mniejszą lub większą częścią powierzchni stawowej piszczela; powierzchnia stawowa górna (dla kości skokowej) jest przesunięta ku wewnątrz, wypukła i przedzielona tylko mało wystającemi listewkami od powierzchni stawowych, stojących w zetknięciu z piszczelem i kostką zewnętrzną, wskutek czego naturalnie i więzadła między kostką zewnętrzną a kością piętową są znacznie skrócone.

Kość sześcienna przesunięta jest ku wewnątrz i wskutek silnej addukcyi stopy tak skręcona, że górna jej powierzchnia staje się przednią, a w przypadkach wysokiego stopnia nawet dolną. Cała kość jest więcej płaska z powodu braku wyrostka odgraniczającego w prawidłowym stanie rynewkę dla ścięgna mięśnia strzałkowego długiego, a nadto z powodu większego wzajemnego pochylenia się powierzchni stawowej tylnej i przedniej, górna jej powierzchnia przybiera kształt więcej czworograniasty.

Kość czółenkowa przesunięta jest również ku wewnątrz; wskutek skręcenia szyi kości skokowej zbliża się swym wewnętrznym zgrubiałym brzegiem ku kostce wewnętrznej tak, że czasem nawet z nią artykuluje (Roser); natomiast brzegi zewnętrzny i dolny są ścieńczałe, przez co cała kość przybiera kształt klina zwróconego ostrzem ku zewnątrz i ku dołowi.

Kości klinowe przedstawiają względnie małe zmiany; powierzchnie ich stawowe mają kierunek nie prostopadły, lecz przebiegają od góry i przodu na dół i ku tyłowi; nadto położenie ich wzajemne jest zmienione o tyle, że nie leżą jak w stanie prawidłowym obok siebie, lecz prawie jedna za drugą.

W bardzo licznych przypadkach i kości podudzia przedstawiają pewne cechujące zmiany, o których tem więcej wspomnieć należy, że stanowią one często przeszkodę w osiągnięciu szybkiego i stałego wyniku zabiegów leczniczych przy wrodzonej stopie szpotawej.

Najczęściej, lubo nie zawsze zdarzającem się zboczeniem jest skręcenie podudzia na około swej osi podłużnej na wewnątrz, wskutek czego kość strzałkowa, a zwłaszcza kostka zewnętrzna przesunięta jest ku przodowi. Zboczenie to, badane i opisane dokładnie, szczególnie przez Eschrichta, Kochera i Volkmanna, nie jest, jak już wspomniałem, stałe, w niektórych przypadkach może się zdarzyć zboczenie wprost przeciwne, tj., że kości podudzia są okręcone wzdłuż osi podłużnej na zewnątrz. Do przypadków takich, wspomnianych przez Nassego, dodać mogę z mych spostrzeżeń trzy, w których zboczenie to wybitnie występowało. Ciekawy był szczególnie jeden, w którym u chłopca jednomiesięcznego z obustronną stopą szpotawą, na nodze lewej było bardzo wyraźne okręcenie się kości goleniowej ku wewnątrz, wskutek czego kostka zewnętrzna sterczała mocno ku przodowi i prawie dotykała szyi kości skokowej, podczas gdy na nodze prawej, wskutek wprost przeciwnego okręcenia kości podudzia, kostka zewnętrzna przesunięta była znacznie ku tyłowi. W sześciu przypadkach nadto spostrzegałem najczęściej (4 razy) po obu stronach łukowate, wypukłością na zewnątrz zwrócone zgięcie kości podudzia w dolnej trzeciej części. Nasse uważa to, jak sądzę zupełnie słusznie, jako wynik działania ucisku ścian macicy na miękkie, może z powodu krzywicy płodowej nadmiernie miękkie, kości płodu.

Zmiany w częściach miękich przy stopie szpotawej są stosunkowo do stopnia tej wady mniej lub więcej wybitne. Wskutek łukowatego zgięcia całego kośćca stopy, a zatem i wzajemnego zbliżenia się jego części wewnętrznych, muszą też i tkanki miękkie po stronie wewnętrznej uledz skurczeniu i skróceniu. Skróconą więc jest powięź ścięgnista podeszwy, przez co skóra tworzy mniej lub więcej wybitny fałd, przebiegający na szczycie wklęsłości prostopadle od góry ku dołowi, skrócone są mięśnie piszczelowe, tylny i przedni, zginacze palucha i palców, skrócone naczynia i nerwy, jakoteż więzadła między kostką wewnętrzną, a kością skokową, kością piętową, kością czółenkowatą i pierwszą kością klinową. Wskutek stałego i silnego zgięcia stopy ku dołowi, kurczy się również tylna część torebki stawu skokowego, czasami, jak to n. p. opisuje Kocher, część jej tworzy fałd, wciskający się między piszczel a kość skokową, gdzie nawet może częściowo zamienić się w tkankę chrzęstną i tworzy rodzaj menisku. Skutkiem tego samego zgięcia ku dołowi, a zatem podniesienia wyrostka piętowego ku górze, zbliżają się ku sobie punkty przyczepienia m. brzuchatego i spodniego łydkowego, w ślad za tem mięsień się kurczy, masa jego mięsna posuwa się ku górze, podczas gdy dolna część zamienia się w tkankę ścięgnistą. Zmiany te, na które najpierw zwrócił uwagę Joachimstahl, stanowią potem znaczną przeszkodę w przywróceniu prawidłowego działania tego mięśnia.

Wskutek zmiany kształtu stopy zmienia się też wielokrotnie i przebieg ścięgien do nich się przyczepiających. Najważniejsze z nich wymieniam. Rynienka dla ścięgna m. strzałkowego długiego, zamiast po kości sześciennej przebiega po zewnętrznej stronie kości piętowej; ścięgno m. piszczelowego tylnego (tibialis posticus) przebiega w płaskiej rynience na tylnej powierzchni piszczela, pokryte przez ścięgno zginacza palców, schodzi na tylny brzeg kostki wewnętrznej i przyczepia się do tuż obok leżącej kości czółenkowatej; dlatego to podskórne przecięcie tego ścięgna, polecane przez wielu autorów w celu leczenia stopy szpotawej, napotyka na znaczne trudności, na co swego czasu zwrócił już uwagę Roser, a następnie i Brodhurst.

Wskutek łukowatego zgięcia stopy ścięgna przebiegające na jej grzbiecie są przemieszczone ku wewnętrznemu brzegowi i przy każdym skurczu odpowiednich mięśni muszą one naturalnie dążyć do zajęcia położenia cięciwy łuku utworzonego przez stopę, wskutek czego więzadło *fundiforme*, które je przytrzymuje, zostaje rozciągnięte, a nawet punkta jego przyczepienia mogą zostać przesunięte ku wewnątrz tak, że zamiast wychodzić z zatoki stępu (sinus tarsi) przyczep jego przesuwa się na szyję kości piętowej, a nawet na kość czółenkowatą.

Takie przesunięcie się przyczepu więzadeł, jak również zmiany przyczepu mięśnia wyprostnego krótkiego palucha, który zamiast odchodzić od kości piętowej, przyczepia się czasami do szyi kości skokowej, chciał uważać Bessel-Hagen za cechy stopy szpotawej idyopatycznej. Słusznie zwraca uwagę Nasse, że i te zmiany w położeniu ścięgien i mięśni są, jak to starałem się wykazać, wynikiem zmiany funkcyi, spowodowanej przez zmianę wzajemnego stosunku położenia kości.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie, pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

O zmniejszaniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu.

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński.

(Ciąg dalszy).

Przypadki operowane w Szkole położnych, według protokółu szkolnego, przedstawiają się w streszczeniu jak następuje:

I). M. P. lat 45. Nr. prot. 330. z r. 1897. Ciąża I. Położenie płodu podłużne główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 24, D. C = 25, D. T. = 28, *Conj. extr* = 16, *Conj. diagon.* = 8, *Conj. vera* około $6^1/_2$ do 7 ctm. Pierwsze bóle 3. lipca; w nocy pękł pęcherz płodowy. W południe d. 4. lipca badanie wykazało macicę obkurczoną, pierścień skurczowy się tworzy, bóle silne, tętna płodu nie słychać, główka ruchoma nad wchodem miednicy, w pochwie pętla pępowiny nietętniącej, ujście zewnętrzne roztwarte na dwa palce. Po południu pierścień skurczowy na cztery palce poniżej pępka, bóle słabsze, ujście zewnętrzne rozwarte na guldena, główka ruchoma nad wchodem. Wobec tego przystąpiłem do zmniejszenia pojemności główki płodu w wyżej opisany sposób, przyczem musiałem po kawałku usunąć większą część kości czaszkowych. Po wydobyciu główki wielki opór stawiały barki płodu. Z tego powodu ściągnięto, jak to radzi Ribemont-Dessaignes, obie rączki płodu, postępując podobnie, jak przy trudnem uwalnianiu rączek w obec położenia miednicowego płodu. Wprowadziłem zatem pół ręki po grzbiecie płodu, a doszedłszy do łokcia, końcami dwu palców spychając go ku przodowi, wydobyłem po przedniej ścianie klatki piersiowej płodu najpierw jedną, a następnie drugą rączkę. Pociągając następnie za obie rączki, wydobyto płód, który bez mózgu i części kości czaszki ważył 3100 gramów. Operacya trwała około 30 minut. Popłód w całości odszedł po 15 minutach. Z powodu znaczniejszego krwawienia wytamponowano następnie macicę i pochwę gazą kseroformową. Międzykrocze utrzymane w całości. Połóg prawidłowy, bezgorączkowy.

II). M. P. lat 36. Nr. prot 818. z r. 1877 Rodziła raz przed 8 laty siłami przyrody. Ciąża II. Położenie płodu podłużne, czaszkowe, postawa II. Wymiary miednicy: D. S. = 25, D. C. = 27, D. T, = 30. *Conj. extr.* = 17, *Conj. diagon.* = $9^1/_2$, *Conj. vera.* około 8 ctm. Pierwsze bóle 28. listopada wieczorem, w nocy 29. listopada pękł pęcherz płodowy. Rano 29. listopada badanie wykazało: ciepłota = 38·8, tętno 120, pierścień skurczowy można wykazać na jeden palec powyżej pępka; po prawej stronie bardzo wyraźnie czuć nad spojeniem łonowem główkę, okolica ta jest przy dotyku bardzo bolesna, tętna płodu nie słychać. Ujście zewnętrzne rozwarte zupełnie, przedgłowie duże, główka we wchodzie miednicy, daje się jednak łatwo ku górze wysunąć, przyczem odpływa znaczniejsza ilość krwi ciemnej płynnej. Rozpoznano pęknięcie macicy, prawdopodobnie nie zupełne. W uśpieniu chloroformowem (15 gramów) wykonano zmniejszenie pojemności główki sposobem wyżej opisanym i wydobyto płód, który bez mózgu ważył 3000 gramów. Z powodu znacznego krwawienia wydobyto następnie ręcznie popłód i przekonano się, że przednia ściana macicy od strony prawej okazuje pęknięcie warstwy mięsnej na długości około 12 ctm., podczas gdy otrzewna jest nienaruszoną. Następnie odcięto oddzielony przez odgniecenie w czasie porodu przez główkę kawałek wargi przedniej macicy i wytamponowano gazą jodoformową macicę i pochwę, ustalając równocześnie macicę opaską, założoną przez powłoki brzuszne. Cały zabieg trwał 25 minut. Przez pierwszych kilka dni połogu ciepłota wieczorem dochodziła do 38 o C.; po dwóch tygodniach wyszła zdrowa.

III). R. S. lat 20. Nr. prot. 97 z r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 26, D. C. = 27, D. T. = 29, *Conj. extr.* = 17. *Conj diag.* = 9, *Conj. vera* około $7^1/_2$, ctm. Pierwsze bóle 20. stycznia wieczór, 21. stycznia wieczorem pękł pęcherz płodowy. Dnia 22. stycznia w południe badanie wykazało: ciepłota = 37·6, tętno 100, pierścień skurczowy sięga do wysokości nie całych dwu palców poniżej pępka, szyja macicy mocno rozszerzona, okolice nad pachwinami przy uciskaniu bolesne. Nad wchodem miednicy duża, twarda, ruchoma główka płodu. Z części sromowych zwiesza się pętla pępowiny nietętniącej; wejście do pochwy i pochwa wązkie, ujście zewnętrzne macicy twarde, niepodatne, przepuszcza wygodnie tylko dwa palce; główka wysoko nad wchodem, kości główki bardzo twarde, szwy wązkie. W obec tego wykonano w uśpieniu chloroformowem (28 gramów) kraniotomię wyżej podanym sposobem, przyczem musiano usunąć przeszło $^1/_3$ część kości główki i przeciąć zupełnie podstawę czaszki. Rozcięcia szyjki na boki nie wykonano. Po wytoczeniu główki ze szpary sromowej nie można było żadną miarą przeprowadzić przez miednicę barków płodu. Z tego powodu, pociągając główkę mocno ku dołowi i stronie lewej, założono szeroki wziernik łyżkowy od spojenia łonowego i strony prawej, a po odsłonięciu w ten sposób, przecięto obojczyk mocnemi nożycami pod kontrolą wzroku. Następnie uchwycono dwoma parami szczypczyków oba końce przeciętego obojczyka, a pociągając za nie, nastawiono w polu operacyjnem i przecięto dwa żebra poczem innemi szczypczykami pociągano za przecięte żebra i przecinano dalsze. W ten sposób dopiero, po przecięciu pod kontrolą wzroku większej połowy klatki piersiowej od góry w kierunku osi podłużnej, wydobyto płód, który ważył przeszło 3000 gramów bez mózgu i przeszło $^1/_3$ części kości główki. Z powodu znaczniejszego krwawienia wydalono popłód przez ucisk z zewnątrz, a następnie wytamponowano macicę i pochwę gazą. Zabieg cały trwał jedną godzinę i 10 minut. Międzykrocze utrzymane zostało w całości. Najwyższa ciepłota = 37.7° C, na drugi dzień po porodzie; zresztą połóg prawidłowy, bezgorączkowy.

IV. W. S. lat 31. Nr. prot. 103 z r. 1898. Rodziła 3 razy, zawsze siłami przyrody. Ciąża IV. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa I. Pierwsze bóle 22. stycznia rano, wieczorem 22. stycznia pękł pęcherz płodowy Dnia 23. stycznia rano badanie wykazało: ciepłota = 37.9, tętno 112, wymiary miednicy prawidłowe, pierścień skurczowy położony w wysokości pępka, większy opór po stronie lewej, tętno płodu bardzo słabo słyszalne, głuche, wolne, nieregularne, po stronie prawej. Pochwa szeroka, ujście zewnętrzne rozwarte na talara, w polu badania twarz płodu, czoło zwrócone nieco ku stronie lewej i spojeniu łonowemu, bródka zaś ku zatoce krzyżowo-biodrowej prawej, główka mocno wklinowana. Ponieważ wszelkie próby dokonania zwrotu prawidłowego nie udały się, tętno płodu zaś było prawie niesłyszalne, wykonano w obec grożącego pęknięcia macicy kraniotomię wyżej podanym sposobem. Otwór do jamy czaszki zrobiono przez górną ścianę oczodołu, a potem rozszerzono go przez przecięcie w kierunku szwu czołowego. Wydobyty płód bez mózgu ważył 3950 gramów. Zabieg trwał 10 minut. Popłód w pół godziny odszedł w całości. Z powodu krwawienia wytamponowano gazą macicę i pochwę. Połóg prawidłowy, bezgorączkowy.

V). K. S. lat 23. Nr. prot. 211, z r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 19, D. C. = 23, D. T. = 28. *Conj. extr.* = $16^1/_2$, *Conj. diagon.* = nie całe 9, *Conj. vera.* = nie całe $7^1/_2$ ctm. Pierwsze bóle po południu 25. lutego, pęcherz płodowy pękł rano 27. lutego przy ujściu zupełnie rozwartem, główce nad wchodem ruchomej. Rodzącej zaproponowano cięcie cesarskie, na co się bezwarunkowo nie zgodziła. Po południu dnia 27. lutego badanie wykazało: ciepłota = 37·8° C., tętno 110, pierścień skurczowy wybadać się daje w wysokości trzech palców poniżej pępka, tętno płodu słyszalne dobrze, lecz wolne. Wieczorem tegoż dnia ciepłota = 38.0C. tętno 120, pierścień skurczowy do wysokości pępka, tętno płodu wolne bardzo, główka nad wchodem ruchoma, wielka, kości główki bardzo twarde, szwy wązkie, przedgłowie znaczne. Przystąpiono zatem bezwłocznie do rozwiązania rodzącej W uśpieniu chloroformowem (30 gram). założono najpierw kleszcze; gdy jednak po wykonaniu dziewięciu bardzo silnych pociągnięć główka wcale się nie obniżyła, a tętno płodu wśród tego stało się niesłyszalnem, wykonano zmniejszenie pojemności główki sposobem wyżej opisanym. Główkę przeprowadzono przez miednicę dopiero po usunięciu około $^1/_3$ części kości czaszkowych. Ponieważ barki płodu pomimo silnego pociągania nie obniżały się, przeto przecięto pod kontrolą wzroku nożycami większą część klatki piersiowej z przodu, wzdłuż osi podłużnej, tak jak w przypadku trzecim, poczem dopiero wydobyto płód, który bez mózgu i $^1/_3$ części kości główki ważył 3030 gramów. Zabieg cały trwał 45 minut. Pęknięcie międzykrocza pierwszego stopnia spojono dokładnie. Popłód w całości odszedł po 20 minutach. Połóg prawidłowy; raz jeden tylko ciepłota podnosła się do 37.9° C.

VI.) A. K., lat 34., Nr. prot. 233. z r. 1898. Rodziła razy 5. Pierwszy poród — wymóżdżenie płodu; drugi i trzeci przedwczesny siłami przyrody; czwarty poród kleszczowy, piąty — wymóżdżenie. Ciąża VI. Położenie płodu podłużne, główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 24, D. C. = 26, D T. = 30. *Conj. extr.* = $17^1/_2$, *Conj. diagon.* = $9^1/_2$, *Conj. vera.* około 8 ctm. Pierwsze bóle 5. marca w południe, rano 6. marca pękł pęcherz płodowy. Dnia 6. marca w południe badanie wykazało: ciepłota podwyższona = 38.3° C. tętno 108, język podsychający, pierścień skurczowy trzy palce poniżej pępka, główka nad wchodem ruchoma, duża, twarda; dolny odcinek macicy zwłaszcza od strony lewej mocno tkliwy przy dotyku; okolica ta znacznie wypuklona, tętno płodu liche, głuche, wolne, czasem nawet nieregularne. Wejście do pochwy i pochwa szerokie, ujście zewnętrzne rozwarte na talara. Na wykonanie cięcia cesarskiego rodząca zgodzić się nie chciała. Założono zatem kleszcze; a gdy po 6 silnych pociągnięciach główka się nie obniżyła, wykonano zmniejszenie pojemności, a właściwie kawałkowanie główki, sposobem podanym wyżej i wydobyto płód, który bez mózgu i części kości główki, ważył około 2900 gramów. Operacya trwała 20 minut Popłód odszedł po 5 minutach. Z powodu znaczniejszego krwawienia wytamponowano macicę i pochwę gazą. W siódmym dniu pobytu wystąpiło podniesienie ciepłoty, jednorazowe do 40° C. z powodu zatrzymania i rozkładu odchodów, a badanie wykazało macicę w nadmiernem przodozgięciu. Zastósowano okłady wysychające na brzuch, odgięcie trzonu macicy i podano sporysz, poczem ciepłota opadła. Zresztą połóg bezgorączkowy; po dziesięciu dniach wyszła z oddziału.

VII. Z. K., lat 30., Nr. prot. 279. z r. 1898. Rodziła raz w VItym miesiącu księżycowym. Ciąża II. Wymiary miednicy: D. S. = 19, D. C. = 24, D. T. = 27, *Conj. extr.* = 17, *Conj. diagon.* = $9^1/_4$, *Conj. vera.* około = 8 ctm. Pierwsze bóle 6. maja, pęcherz płodowy pękł 7. maja rano, przy ujściu rozwartem na koronę. Dnia 9. maja rano pierścień skurczowy wykazać można na trzy palce poniżej pępka; główka ruchoma, tętno płodu wyraźne, lecz wolne, ujście zewnętrzne rozwarte więcej niż na talara, przedgłowie duże. Ponieważ na wykonanie cięcia cesarskiego rodząca się nie zgodziła, założono kleszcze i wykonano 8 silnych pociągnięć, a gdy główka wcale się nie obniżała, tętno zaś płodowe stało się nieregularnem, ledwie słyszalnem wykonano zmniejszenie pojemności i wydobycie główki w sposób wyżej podany. Zabieg trwał 12 minut. Płód bez mózgu ważył 3200 gramów. Popłód odszedł w całości po 30 minutach. Z powodu wiotkości macicy i znaczniejszego krwawienia. wytamponowano gazą macicę i pochwę. Połóg prawidłowy, bezgorączkowy.

VIII. M. B., lat 37, Nr. prot. 453 z r. 1898. Pierwszy poród siłami przyrody, drugi kleszczowy, trzeci i czwarty — wymóżdżenie. Ciąża V. Położenie płodu podłużne, czaszkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 25, D. C. = 27, D. T. = 30, *Conj. extr.* = 17. *Conj. diagon.* $9^1/_4$, *Conj. vera.* = 8 ctm. Pierwsze bóle 27. maja wieczór; pęcherz płodowy pękł 28. maja rano. Dnia 28. maja w południe badanie wykazało: pierścień skurczowy wybadać się daje w wysokości połowy odstępu pomiędzy pępkiem a spojeniem łonowem; główka przyparta od wchodu, tętno płodu dobre, ujście zewnętrzne prawie zupełnie rozwarte. Na wykonanie cięcia cesarskiego rodząca niepozwoliła. Po południu, gdy pierścień skurczowy sięgał na jeden palec poniżej pępka, tętno płodu było wolne, przedgłowie bardzo wielkie — założono kleszcze i wykonano pięć bardzo silnych pociągnięć. Gdy wśród tego tętno płodu stało się nieregularnem, słabo słyszalnem, a główka wcale się nie obniżała, wykonano zmniejszenie pojemności główki w sposób wyżej podany. Dopiero po przecięciu podstawy czaszki główka nagle przeszła przez wchód, poczem wydobyto płód, który bez mózgu ważył 3500 gramów. Operacya trwała 35 minut. Popłód odszedł po 25. minutach w całości. Połóg prawidłowy, bezgorączkowy,

IX. A. K., lat 25. Nr. prot. 510, z r. 1898. Rodziła raz siłami przyrody. Ciąża II. Położenie płodu podłużne, czaszkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 25, D. C. 26, D. T. 29, *Conj. extr.* = 18, *Conj. diagan.* = $10^1/_2$, *Conj. vera.* = 9 ctm; na wewnętrznej powierzchni spojenia łonowego wyrośl kostna. wystająca na 5—7 milimetrów.

Pierwsze bóle nad ranem 24. czerwca; pęcherz płodowy pękł przed południem. Po południu badanie wykazało: ciepłota = 38° C. tętno 96, macica prawie w ciągłym skurczu, pierścień skurczowy cztery cale niżej pępka; główka duża bardzo, twarda. Pochwa szeroka, w niej pętla pępowiny nietętniącej, ujście zewnętrzne rozwarte na talara, główka przyparta tylko do wchodu, przedgłowie. Przystąpiono bezwłocznie do zmniejszenia pojemności główki w sposób wyżej opisany, przyczem usunięto prawie wszystkie kości czaszki tak, że z główki utrzymała się tylko twarz płodu. Po wydobyciu główki przeszkodę stanowiły barki; po odsłonięciu zatem za pomocą wziernika, przecięto klatkę piersiową wzdłuż osi podłużnej płodu; a ponieważ w tym przypadku było dostępniej i wygodniej, wykonano przecięcie klatki piersiowej od tyłu. Przecięcie wypadło w odległości około dwu centymetrów od kręgosłupa, a nie jak w poprzednich przypadkach z przodu. Dopiero po przecięciu prawie całej klatki piersiowej wydobyto płód, który bez mózgu i prawie wszystkich kości czaszki ważył 3600 gramów. Zabieg cały trwał 45 minut. Popłód odszedł po 20 minutach w całości. Tylko w pierwszych 24 godzinach po porodzie ciepłota podniosła się raz jeden do 38° C., zresztą połóg bezgorączkowy, prawidłowy.

X). R. A., lat 20., Nr. prot. 517., z r. 1898. Ciąża I. Położenie płodu podłużne główkowe, postawa I. Wymiary miednicy: D. S. = 22, D. C. = 24, D. T. = 27, *Conj. extr.* = 18, *Conj. diagon.* = $10^1/_4$, *Conj. vera.* około $8^1/_2$ ctm. Pierwsze bóle 25. czerwca wieczorem; w południe 26. czerwca pękł pęcherz płodowy; wieczorem badanie wykazało: pierścień skurczowy wybadać można niżej pępka na dwa palce, bóle silne, częste, tętno płodu wyraźnie słyszalne, jednak zwolnione, ujście zewnętrzne zupełnie rozwarte, główka tylko przyparta do wchodu. nieustalona, przedgłowie bardzo wielkie. Założono kleszcze i, oprócz kilku mniej silnych, wykonano ośm bardzo silnych pociągnień w ciągu godziny, jednak główka wcale się nie obniżała; tętna zaś płodu które wśród tego zabiegu było coraz słabsze i mniej regularne, przy końcu wcale wysłuchać nie było można. Z tego powodu wykonano zmniejszenie pojemności główki i wydobyto płód w przeciągu 11tu minut sposobem wyżej podanym, który bez mózgu ważył 3360 gramów. Z powodu znaczniejszego krwawienia wydalono popłód przez ucisk z zewnątrz, a następnie wytamponowano macicę i pochwę gazą. Międzykrocze utrzymane w całości. W przeciągu pierwszych 24 godzin po porodzie wystąpiło jednorazowe podniesienie ciepłoty do 38.° C., zresztą połóg prawidłowy. —

Przeglądając opis podanych przypadków przyznać musimy, że w niektórych z nich niestosunek porodowy był bardzo znaczny. Jeżeli zmniejszenie pojemności główki w tych przypadkach, a następnie wydobycie płodu w sposób wyżej opisany będziemy uważać za zabieg trudniejszy, to w każdym razie przyznać musimy, że ukończenie porodu sposobem dotychczas powszechnie zalecanym, czy to przy zastósowaniu kranioklastu, czy przy użyciu kefalotrybu, napotkałoby w tych przypadkach również na znaczne trudności.

Mówiąc poprzednio o użyciu wzierników przy zabiegach zmniejszających pojemność główki płodu, miałem na myśli głównie zmniejszenie niebezpieczeństwa zakażenia rodzących; obecnie, po wykonaniu tych zabiegów w większej liczbie przypadków, przyszedłem na podstawie doświadczenia do przekonania, że postępowanie, jak je powyżej opisałem, może zmniejszyć nie tylko możność zakażenia, lecz że i niewątpliwie ułatwia cały zabieg. Na tę właśnie okoliczność pragnę obecnie zwrócić uwagę.

Już samo otwarcie jamy czaszkowej po odsłonięciu główki płodu, a więc pod kontrolą wzroku, musimy uważać za zabieg mniej trudny, aniżeli wykonanie go po omacku, tylko pod kontrolą ręki. Gdy bowiem w pierwszym przypadku operujemy, posługując się dwoma zmysłami, wzrokiem i dotykiem, to w drugim ograniczyć się musimy tylko do jednego z nich, to jest do dotyku.

Największą zaletą jednak postępowania wyżej opisanego jest bezsprzecznie dobre a łatwe ustalenie główki. Ponieważ w przypadkach znaczniejszego niestosunku porodowego główka płodu znajduje się zazwyczaj nad wchodem miednicy, więcej lub mniej ruchoma, przeto do wykonania otwarcia jamy czaszkowej należy ją przytrzymać, czyli usta-

lić. W tym celu już Celsus zalecił ujęcie i przytrzymanie główki za pomocą obu rąk przez powłoki brzuszne; w nowszych czasach polecił to postępowanie Smellie i obecnie jest ono prawie ogólnie przyjęte. Drugi sposób ustalenia ruchomej główki podał Carus, a polega on na założeniu kleszczy na główce i przytrzymaniu za nie. Ponieważ najczęściej zmniejszenie pojemności główki wykonywać musimy wobec bardzo znacznie rozciągniętego i cienkiego dolnego odcinka macicy, przeto wprowadzenie łyżek kleszczy musi bezwarunkowo jeszcze więcej ścianę maciczną rozciągnąć, szyja zaś i rękojeście kleszczy znacznie utrudniają w takim razie otwarcie jamy czaszkowej. Dokładne ustalenie główki przez powłoki brzuszne, wobec bardzo wiotkiej i cienkiej ściany dolnego odcinka macicy, jest rzeczą również nie obojętną, często nawet z powodu boleśności wykonać się daje dopiero po uśpieniu chloroformowem. Jeszcze większe znaczenie ma przytrzymanie główki, bez narażenia na uraz dolnego odcinka macicy, w przypadkach istniejącego już pęknięcia macicy zupełnego, a jeszcze w większym stopniu niezupełnego. Dlatego to ustalenie główki we wzierniku kulociągami, jak to zalecił Phänomenoff, albo co lepiej za pomocą założonych we wzierniku kilku par mocnych na pół tępych szczypczyków z zamknięciem na części miękkie główki, tak jak to ja robię, musimy bezwarunkowo uważać za znaczne ułatwienie i postęp przy wykonywaniu zmniejszenia pojemności główki. W ten sposób bowiem nie tylko możemy ustalić najdokładniej główkę płodu, lecz co ważniejsza, nie narażamy dolnego odcinka macicy na uraz ani od zewnątrz ani też od wewnątrz.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Jahrbuch des bosnisch-herzog. Landesspitales in Sarajevo ł. 1894, 1895, 1896. (Wiedeń, Josef Šafář. 1898).

Poważny (853 stronic), wspaniale, staraniem rządu krajowego bośniackiego, wydany tom, świadczy swą treścią nietylko, że władze tamtejsze wśród prac nad polepszeniem stosunków sanitarnych przyłączonych ziem pomyślały o wzorowym, wedle najnowszych wymagań urządzonym szpitalu, ale że umiały oddać go w ręce ludzi, wśród zajęć szpitalnych pamiętających i umiejętnie przyczyniających się do postępu wiedzy lekarskiej. Stwierdzić to tem milej, że wśród pięciu kierowników oddziałów szpitalnych spotykamy 2-ch zaszczytnie w świecie lekarskim znanych, naszych współziomków; obaj zajmują w sprawozdaniu szpitala w Serajewie poczestne miejsce, Dr. Glück trzema pracami, o których niedawno na tem wspomnieliśmy miejscu, Dr. Wodyński wybornem swem sprawozdaniem prosektorskiem, zawierającem cały szereg zajmujących, a szczegółowo opisanych, spostrzeżeń i, wspólnie z kierownikiem oddziału chorób wewnętrznych, Dr. Koblerem, wykonanemi badaniami nad przypadkami zimnicy, spostrzeganymi w r. 1896. Dr. Kobler pomieścił ze swej strony w sprawozdaniu 4, kierownik oddziału chirurgicznego, Dr. Preindlsberger 3, a jego pomocnik Dr. Mader, jedną, kierownik oddziału położniczego Doc. Dr. Weiss 3 prace naukowe; wszystkie te prace objaśnione są doskonałymi rysunkami w tekscie, których liczba 103 dochodzi. Nadto zawiera sprawozdanie opis szpitala z 12 planami i widokiem, statystykę szpitala i sprawozdania wszystkich oddziałów, nie wyłączając apteki (Prowizor Teich). — Szpital rozporządza 305 łóżkami i w ciągu lat 3 pomieścił 6950 chorych z niezwykle wysokim, bo 90·61% wynoszącym odsetkiem wyleczeń.

Bogatej treści rocznika niepodobna ująć w ramy sprawozdania; ciekawych odsyłamy do oryginału, na który z zazdrością doprawdy patrzyć musimy w kraju naszym; wszak już od lat kilku nawet owych z mnóstwem błędów drukarskich, na lichym papierze, tanio drukowanych sprawozdań ze szpitali krajowych, wydawanych przez władze krajowe dla użytku Sejmu, jesteśmy pozbawieni. Mimowolnie nasuwa się uwaga, żeśmy chyba bardzo ubodzy, skoro nas nie stać na najoszczędniejsze nawet ogłaszanie spraw, w których jawność jest pierwszym i koniecznym warunkiem postępu. — Z.

V. Wyciągi.

Doc. Dr. Baurowicz: **O guzach gruczołu tarczykowego wewnątrz krtani i tchawicy.** (Odbitka z „*Archiv für Laryngologie*“. *VIII. Bd. 2 Heft).* Guzy o których mowa, są wielką rzadkością; w literaturze spotykamy zaledwie ośm przypadków: cztery opisane przez Brunsa — i po jednym opisali: Ziemsen, Heise, Paltauf i Baurowicz.

Rozpoznanie przed operacyą postawione było tylko w jednym przypadku Brunsa. W przypadku Heisego, Baurowicza, w dwu innych przypadkach Brunsa i w przypadku Paltaufa rozpoznano wprawdzie przed operacyą guz tchawiczy, — nie określono atoli jego przyrody; — w innych przypadkach dopiero sekcya wyjaśniła przyczynę duszności za życia.

Guzy te są zwykle usadowione na bocznej i tylnej ścianie dolnego odcinka krtani i w górnej części tchawicy, z wyjątkiem jednego przypadku Brunsa, gdzie guz usadowiony był na przedniej ścianie tchawicy. Guzy te są zwykle o szerokiej podstawie, kształtu walcowatego, powierzchni gładkiej, albo guzowatej. Błona śluzowa ponad guzem zwykle prawidłowa. W przypadku Baurowicza błona śluzowa i podśluzowa były zajęte utkaniem gruczołu tarczykowego obok przeobrażenia (metaplazyi) przybłonka walcowatego w brukowy. Guzy te występują u ludzi młodych, zwykle jest jednocześnie i przerost gruczołu tarczykowego.

Co się tyczy sposobu powstawania tych guzów, to są dwie teorye: według jednej (Bruns, Heise, Roth-Radestoek) przyczyna ma polegać na odłaczeniu się jeszcze w życiu płodowem kawałka gruczołu tarczykowego w obręb krtani lub tchawicy, według zaś drugiej teoryi (Ziemsen, Paltauf. Baurowicz) przyczyną powstania tych guzów jest przerastanie nawskróś gruczołu tarczykowego przez chrząstki krtani, tchawicy i przez więzadła rozpięte pomiędzy niemi, w głąb krtani i tchawicy. Pierwsi na poparcie swego zdania nie podają żadnych dowodów, zbijając tylko zdanie Ziemsena chcieliby utrzymać w pierwszeństwie swą teoryę. Twierdzą oni, że przeciw teoryi drugiej przemawia: brak, albo nieznaczny tylko przerost gruczołu tarczykowego, niemożność by nowotwór dobrotliwy na sposób złośliwego wrastał w krtań i tchawicę, brak przebicia albo zniszczenia ścian krtani i tchawicy, brak ciągłości pomiędzy guzem a gruczołem tarczykowym.

Drudzy zaś, do których w ostatniej publikacyi przyłączył się Bruns, zbijając zarzuty pierwszych, równocześnie podają dowody: ścisłe złączenie gruczołu tarczykowego z chrząstkami tak, że oddzielenie jednego od drugiego jest niemożliwe; obrazy mikroskopowe, które okazują, że nietylko głębsze warstwy błony podśluzowej, ale i ochrzęstna bywa przeźroczystą tkanką gruczołową; badanie więzadeł pomiędzy chrząstką obrączkową a tarczykową, które wykazuje bezpośrednią łączność pomiędzy guzem a gruczołem. Za teoryą tą przemawia bardzo przypadek Baurowicza, w którym, po wycięciu guza na dnie rany pomiędzy chrząstkami tchawiczemi, widać było brunatno czerwony miąższ, tak charakte-

rystyczny dla tkanki gruczołu tarczykowego. Wreszcie za teorya tą przemawia brak nawrotu choroby po usunięciu operacyjnem guza. Warunkiem zaś, aby fizyologiczna tkanka gruczołu tarczykowego wrastać mogła w głąb krtani lub tchawicy, ma być, według Paltaufa nieprawidłowy, powstały jeszcze podczas rozwoju płodowego zrost gruczołu tarczykowego z krtanią lub tchawicą. Jedyny tylko przypadek Radestecka mógłby przeważyć szalę na korzyść teoryi pierwszej; gdyby nie obraz mikroskopowy, który przemawia nie za utkaniem gruczołu tarczykowego, lecz za gruczolakiem. W przypadku tym guz był usadowiony przy wejściu do prawego oskrzela; łączność więc gruczołu tarczykowego z guzem, szczególnie wobec braku przerostu jego, była absolutnie wykluczona.

Co się tyczy terapii, to jedyną drogą do usunięcia guza jest tracheotomia, względnie laryngofisura.

F. N.

Dr. Karewski: **Przypadek mięsaka kości piszczelowej (tibia), wyleczony resekcyą.** *(Berl. klin. Wchschr.* Nr. 34, 1898). Nowotwory złośliwe kości nie w każdym przypadku dają wskazanie do odjęcia kończyny, jak tego dowodzą dość liczne spostrzeżenia już ogłoszone, do których K. dodaje nowe. U 26-letniej kobiety w okolicy kłykcia wewnętrznego kości piszczelowej rozwijał się powoli guz, okazujący w czasie badania chełbotanie. Niepewne rozpoznanie rozstrzygnęło nakłócie strzykawką. Wobec rozpoznania nowotworu złośliwego zaproponowano chorej wyłuszczenie kończyny w stawie kolanowym, na co jednak ona zgodzić się nie chciała. Spróbowano zatem wydłutowania tylko kości przez nowotwór zajętej — i oddłutowano cały kłykieć wewnętrzny piszczela. Podczas operacyi zauważono zmiany degeneracyjne w nowotworze. Badanie drobnowidowe guza wykazało: *sarcoma myelogenes gigantocellulare.* Badanie w $1\frac{1}{2}$ roku później wykazało, że guz wcale nie odrasta, ruchomość w stawie b nieznaczna i kolano szpotawe *(genu varum)*, tłómaczące się tem, że teraz kość udowa tylko kłykciem zewnętrznym opiera się na odpowiednim kłykciu piszczela. *Herman.*

Dr. E. Welcke: **O pewnym, niespostrzeganym pasorzycie w posokowatym wysięku opłucnowym.** *(Münch. med. Wchschr.* Nr. 34, 1898). W. widział pod drobnowidem w wysięku opłucnowym, uzyskanym przez nakłócie, pasorzyty duże, długie na 100—140 μ., okazujące na jednym z końców zgrubienie, ale nie stałe. Niektóre osobniki podobne były do *cercomonas intestinalis.* Bakteryologicznie udało się stwierdzić w wysięku tylko paciorkowca ropotwórczego. Przypadek zdarzył, że dalsze badania, mające na celu rozwiązanie zagadki, związanej z owymi pasorzytami, nie mogły być przeprowadzone. *Herman.*

Prof. Dührssen: **O tamowaniu krwawienia macicznego za pomocą miejscowego działania pary wodnej.** *(Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 38, 1898). Przed czterema laty począł stosować Sniegirew parę wodną w celu tamowania zbyt obfitego krwawienia miesiączkowego. Przyrząd służący do wytwarzania pary wodnej składa się z blaszanego kociołka, ogrzewanego wyskokiem, z kociołkiem łączy się rurka metalowa za pomocą gumowego węża. Para wodna, ogrzana w kociołku do 100° C. i wyżej, przechodzi rurką metalową do cewnika również metalowego, zaopatrzonego w otwory, a który przed połączeniem z rurką wprowadza się do jamy macicy. Sniegirew stosuje w ten sposób parę przez przeciąg jednej minuty, a przy krwawieniach w czasie przejściowym nawet dłużej; po czterech dniach radzi ponowne stósowanie pary.

Dührssen podaje cztery przypadki, w których użył powyższej metody. Rozchodziło się o osoby, u których krwawienia były tak silne i uporczywe, że zagrażały życiu. W jednym przypadku, po stósowaniu pary przez dwie minuty, odszedł w 9 dni skrzep w kształcie odlewu macicy i krwawienie się powtórzyło. Autor uciekł się powtórnie do naparzania, tym razem posiedzenie trwało $1\frac{1}{2}$ minuty i krwawienię już więcej się nie pojawiło, natomiast badanie zgłębnikiem, po 20 dniach przedsięwzięte, wykazało, że jama macicy prawie całkowicie zanikła, bo już na $\frac{1}{4}$ ctm. ponad ujściem zewnętrznem. Badanie drobnowidowe skrzepu, który odszedł dziewiątego dnia, wykazało w nim obecność błony śluzowej, wraz z przylegającą częścią warstwy mięsnej; nie dziwnego, że po tak dokładnem usunięciu błony śluzowej, wnętrze macicy mogło zaniknąć. Podobny wynik otrzymał autor i w innych trzech przypadkach i, na podstawie tych doświadczeń, doradza D. stosowanie pary przez 2 minuty tylko wobec krwotoków wyczerpujących siły, u osób około 40 roku życia, cierpiących na przewłoczne zapalenie miąższu macicy, powikłane z zapaleniem błony śluzowej, lub mających małe śródścienne włókniaki. W tych przypadkach, przez stósowanie naparzania, oszczędzamy chorym cięższych i boleśnych zabiegów operacyjnych, a nadto przy włókniakach nietylko usuwamy krwawienie, niszcząc błonę śluzową, lecz równocześnie, przez wywołanie sztucznego braku miesiączki, usuwamy nawały krwi do części rodnych, co może wpłynąć korzystnie na zanikanie włókniaków.

U osób młodych, zwłaszcza takich, które jeszcze nie rodziły, nie radzi autor stósować pary dłużej nad $\frac{1}{4}$ minuty i poprzestaje na jednem posiedzeniu, a nie powtarza naparzania po czterech dniach, jak chce Sniegirew. Gdy szyja macicy jest bardzo wązka, cewnik metalowy rozgrzany, przylegając ściśle do błony śluzowej, może zniszczyć takową zupełnie, jak to miało miejsce w jednym przypadku, opisanym przez D., w którym u młodej osoby po leczeniu parą wytworzyło się zarośnięcie ujścia zewnętrznego i krwistek maciczny. W takich przypadkach radzi autor osłonić cewnik drenem gumowym. Oprócz powyżej wymienionych wskazań radzi autor stósować parę wodną przy rzeżączce błony śluzowej szyi i trzonu macicy, tudzież przy *endometritis putrida* i *septica puerperalis* w celu zniszczenia drobnoustrojów, umiejscowionych w ścianie macicy, zanim sprowadzą ogólne zakażenie. *Piotrowski.*

Aleksander Simon: **O działaniu soli glauberskiej na czynności żołądka.** *(Zeitschr. f. klin. Med.*, T. 35, 1898). Istnieje cały szereg prac — między nimi wiele polskich — o wpływie wody karlsbadzkiej na czynność żołądka; pojedyncze jednak jej składniki mało były dotąd uwzględniane. Autor zajmuje się działaniem soli glauberskiej, składnika odgrywającego ilościowo i jakościowo największą rolę w wodzie karlsbadzkiej. Doświadczenia przeprowadzono na 18 chorych, a podawano im codziennie na czczo 200 grm. wody, o zawartości 0·5% soli glaub., ogrzanej do ciepł. 40° C.; przy badaniu żołądka posługiwano się śniadaniem próbnem Ewalda. Ze spostrzeżeń autor wyciąga następujące wnioski:

Systematyczne podawanie soli glauberskiej (0·5—1%) na czczo przez 2—3 tygodnie wywiera korzystny wpływ na śluzowy nieżyt żołądka, pojawia się bowiem wkrótce wolny HCl., a kwasota stopniowo podnosi się już do stanu prawidłowego. W nieżytach zanikowych, niedomodze wydzielniczej, towarzyszącej np. gruźlicy, rakowi, w rozstrzeni żołądka i zaburzeniach ruchowych skutek bywa zwykle mały. Również korzystnego wpływu nie można zauważyć przy zaburzeniach żołądka na tle nerwowem bez zmian lokalnych i przy nadmiernem wydzielaniu kw. solnego (1 przyp.). Jednorazowa mała dawka może lekko obniżać chemiczną czynność żołądka, natomiast silnie pobudza robaczkowy ruch żołądka i jelit.

Działanie więc soli glauberskiej w dawkach wspomnianych wpływa pod wielu względami analogicznie do działania wody karlsbadzkiej, a tylko nie obniża nadmiernej kwasoty żołądka. *Dr. Rencki.*

Prof. Orszanskij: **Wypocina w 3-ej komorze mózgowej** *(Wracz,* Nr. 36, 37 i 38, 1898). U 37 letniego, poprzednio zupełnie zdrowego i dziedzicznie nieobciążonego mężczyzny nagle wystąpiły zawroty głowy, zataczanie się, drganie gałek ocznych, podwójne widzenie i osłabienie wzroku. W ciągu paru dni przyłączyły się do objawów powyższych skurcze przelotne w mięśniach twarzy, czkawka, kilkakrotne wymioty, osłabienie prawych kończyn, zaburzenia czucia

(analgezya w zakresie 1-ej gałęzi n. trójdzielnego, parestezye w zakresie nn. szyjnych, termoanestezya i termoanalgezya w dolnej $^1/_3$ części podudzi i na częściach płciowych), niejakie utrudnienie i częstsza potrzeba oddawania moczu; prócz tego można było stwierdzić słaby szmer skurczowy u koniuszka serca i nieznaczne przyspieszenie tętna; zresztą w narządach wewnętrznych żadnych zmian wykazać nie było można. Objawy te, przy odpowiedniem zachowaniu się chorego, ustępowały tak, że po 6 tygodniach pozostało tylko upośledzone czucie skórne na ciemieniu i podeszwach. Autor, opierając się na anatomicznej budowie i na badaniach Bechterewa co do fizyologicznej czynności 3-ej komory (istota szara dna i ścianek 3-ej komory stanowi specyalny narząd równowagi, drażnienie zaś ścianek tej komory powoduje przymusowe ruchy różnych mięśni, między innemi także i drganie gałek ocznych—*nystagmus*), sądzi, iż musi istnieć samoistny kliniczny obraz wypociny zapalnej w dolnej części 3-ej komory, pod który to obraz podciąga i swój przypadek tembardziej, że żadną ze znanych postaci chorobowych, organicznych i czynnościowych, całkowicie wyjaśnić go nie jest w stanie. Zawroty głowy, zataczanie się, drganie gałek ocznych wyjaśnia wprost wypocina w 3-ej komorze; lekkie porażenie jednej z gałęzi n. okoruchowego i n. twarzowego daje się wyjaśnić uciskiem wypociny na włókna tych nerwów, przebiegające w dnie 3-ciej komory — to są objawy komorowe; skutkiem obecności wypociny w 3-ej komorze w otoczeniu powstać musiały zaburzenia w krążeniu, czem się tłómaczą wymioty, czkawka, czasowe osłabienie kończyn i t. p. Analgezyę w zakresie n. V. tłómaczy autor uciskiem wypociny na włókna czuciowe, przebiegające z boku od *aquaeductus Sylvii*; parestezye na szyi dają się wytłómaczyć ścisłym związkiem włókien zstępujących n. trójdzielnego z włóknami wstępującemi rdzeniowemi, lub też bezpośrednim uciskiem na włókna rdzeniowe wstępujące. Trudniejsze do objaśnienia są zaburzenia czucia na kończynach dolnych, choć i one staną się zrozumiałemi, jeśli wziąć pod uwagę tę okoliczność, że włókna z dolnych części, biegnąc w rdzeniu ku górze, zwracają się ku jego środkowej części tak, iż w okolicy pętli (laqueus) muszą przebiegać tuż przy szwie (raphe), a więc najprędzej uledz mogą uciskowi. Utrudnione oddawanie moczu stawia autor w związku z termoanestezyą nóg. Cały ten obraz chorobowy czyni autor zależnym od niepostrzeżenie przebiegającej sprawy zakaźnej (grypa lub zapalenie osierdzia), na którą wskazywały przyspieszone tętno i objawy ze strony serca. Podobnych przypadków autor spostrzegał już kilka. W końcu zwraca autor uwagę na możliwość ścisłego związku między komórkowem zapaleniem opon, a syringomyelią, za czem przemawiać się zdaje podobieństwo zaburzeń w czuciu skórnem; prócz tego komórkowe zapalenie opon, które u dzieci często przebiegać może niepostrzeżenie pod postacią rozmaitego rodzaju drgawek, musi prowadzić do następowego rozszerzenia przewodu centralnego i do powstrzymania rozwoju jego wiotkich ścianek; w ten sposób zapewne dałoby się wytłómaczyć wiele przypadków syringomyelii bez uciekania się do nieprawidłowego rozwoju płodowego. Również przebytem w dzieciństwie komórkowem zapaleniem opon i następowem zwyrodnieniem ścian komory III. być może dadzą się z czasem wytłómaczyć drgawki w wielu nerwicach, jak pląsawicy, histeryi i t. d. *Gliński.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Tow. lekarsk. galic.

Posiedzenie naukowe w dniu 11 listopada 1898.

Przewodniczący: kol. prof. Machek. Obecnych członków 52.

1) Przewodniczący przedstawia 3 nowych członków Sekcyi koll. doc. Sieradzkiego, Kreutza i Bednarskiego.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Kol. prof. Machek, jako przewodniczący przedstawia wniosek Wydziału: »Sekcya uchwala, że po każdem posiedzeniu Sekcyi lwowskiej Tow. lek. galic wydział przesyła dziennikom politycznym krótkie i rzeczowe sprawozdanie«.

Po bardzo ożywionej rozprawie przyjęto wniosek Wydziału z poprawką kol. Bylickiego, aby także i zapowiadać posiedzenia Sekcyi w dziennikach, w zapowiedzi takiej jednak nie wymieniać prelegentów.

4) Kol. Stachiewicz imieniem Wydziału referuje w sprawie urządzenia czytelni pism peryodycznych lekarskich w lokalu Sekcyi. Wobec istniejącej już podobnej czytelni w bibliotece uniwersyteckiej i poliklinicznej przyjęto wniosek Wydziału porozumienia się z czytelnią uniwersytecką, a nie stwarzania nowej.

5) Kol. prof. Machek, imieniem Wydziału, przedkłada wniosek wybrania komisyi, któraby rozpatrzyła się w statutach Towarzystwa lek. galic. i w ciągu 14 dni przedłożyła ewentualne zmiany, a mianowicie konkretne wnioski unormowania stosunku Sekcyi lwowskiej do Tow. lek. galic w sposób ten sam, co Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Wniosek przyjęto, a do komisyi wybrano koll.: Merunowicza, Macheka, Gluzińskiego, Bylickiego, Piska, Szulisławskiego, Różańskiego, Festenburga i Hojnackiego.

6. Kol. Bylicki wyłożył rzecz p. t. »Przyczynek do etyologii zwyrodnienia śluzakowatego włókniaków macicy«. (Będzie ogłoszone drukiem). W dyskusyi zabierali głos koll.: Pisek i Obtułowicz.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

VII. Korespondencya.

Paryż dnia 25 listopada 1898 r.

II.

Ruch w towarzystwach naukowych w ubiegłym miesiącu dość już poważnie się przedstawił w stosunku do miesięcy poprzedzających.

W Akademii Lekarskiej przez parę posiedzeń toczyły się rozprawy, wywołane przez pracę Lancereauxa: *O leczeniu tętniaków zapomocą wstrzykiwań podskórnych żelatyny.* Przytoczył on trzy nowe przypadki, — dwa tętniaki aorty i jeden tętnicy podobojczykowej prawej, które tym właśnie sposobem zostały wyleczone. L. rozpuszcza 2 grm. żelatyny w 100 grm. roztworu fizyologicznego i naraz wstrzykuje 200 do 250 centym. sz. tego roztworu, powtarzając te wstrzykiwania wielokrotnie i przez czas długi, aż do zniknięcia tętniaka (średnio 15 wstrzyknięć w ciągu kilku miesięcy). Żelatyna ma tu działać w ten sposób, że spowodowuje krzepnięcie krwi wewnątrz tętniaków. Metoda ta wszakże ma dawać dobre wyniki jedynie w przypadkach tętniaków workowatych (sacciformes). Huchard przytacza przypadek wielkiego tętniaka aorty, wyleczonego po jakich 15 wstrzyknięciach roztworu żelatyny; doradza jednak oględność w ich stósowaniu. Znane bowiem są mu dwa przypadki tętniaków, w których ta metoda leczenia stała się przyczyną śmierci. Wobec tego, Huchard proponuje używać do wstrzykiwań $1^0/_0$-ego roztworu żelatyny, oraz robić wstrzykiwania w odstępach czasu dość odległych, zalecając przytem chorym zachowanie zupełnego spokoju. Laborde uznaje wpływ żelatyny na krzepnięcie krwi. Zdaniem jego wszakże, żelatyna znajdująca się zwykle w handlu, nie jest całkowicie rozpuszczalną; mamy tu przeto do czynienia nie z roztworem rzeczywistym, lecz z bardzo drobnemi cząsteczkami żelatyny będącemi w zawieszeniu w roztworze fizyologicznym. Wskutek tego niewiadomo, czy w ogóle cząsteczki owe po wstrzyknięciu podskórnem dostają się do krwiobiegu, a jeżeli tam przenikną, to mogą być wniesione prądem krwi w różne miejsca zdala nawet od tętniaka i tam wywoływać skrzepy. Sądzi więc on, iż należałoby wstrzykiwania żelatyny robić albo do wnętrza samego tętniaka, albo też przynajmniej w najbliższe jego sąsiedztwo. Lance-

reaux odpowiada, iż niczem nie jest udowodnione istnienie cząstek stałych w roztworze żelatyny. Ponieważ do wywołania skrzepu potrzebne są dwa warunki: niezupełna gładkość ścian naczynia, oraz zwolnienie krwiobiegu w danym punkcie, warunki, które właśnie i tylko w tętniaku spotykamy, przeto żadna obawa nie grozi powstania skrzepu w innem jakiem miejscu układu krwionośnego.

Jonnesco podaje wyniki 23 operacyj splenektomii, których dokonał 22 razy z powodu zakażenia zimniczego, a raz z powodu wielkiego torbiela wodunkowego (Kyste hydatique) śledziony. Z operowanych, jeden chory zmarł wskutek krwotoku następowego, a siedmiu — z powodów od operacyi niezależnych. W ogóle jednak operacya ta oddziaływa bardzo dodatnio na stan chorych. Peraire i Mally próbowali z dobrym wynikiem w 6 przypadkach stopy szpotawej porażennej łączyć zapomocą przyszycia ścięgna mięśni porażonych, ze ścięgnami mięśni zdrowych: w 3-ch przypadkach połączyli oni ścięgno m. piszczelowego przedniego ze ścięgnem m. długiego wyprostnego palucha; w dwóch — ścięgna mm. strzałkowych ze ścięgnami Achillesa i raz jeden wreszcie ścięgno m. piszczelowego przedniego ze ścięgnem Achillesa.

W Towarzystwie Chirurgicznem najżywsze rozprawy toczyły się nad sprawą *leczenia operacyjnego rwy twarzowej*. Wszczał ją Guinard, podając 9 własnych spostrzeżeń, w których: 3 razy robił resekcyę brzegu zębodołowego (jeden wynik pomyślny), 8 razy wycinał zwój Meckela z resekcyą nerwu szczękowego górnego (6 razy pomyślnie) i raz jeden wyciął zwój Gassera z dobrym i ostatecznym wynikiem. Do tej ostatniej operacyi radzi on jednak uciekać się wtedy dopiero, gdy inne prostsze zawiodą. Poirier goraco zaleca operacyę wycięcia zwoju Gassera; spotyka wszakże przeciwników w osobach Schwartza i Potherata; ostatni jest zwolennikiem resekcyi m. szczękowego górnego. Wreszcie Gérard-Marchant przytacza 2 nowe własne przypadki, w których wyciął zwój Gassera z wynikiem jak najbardziej pomyślnym. Chauvel w imieniu Dubujadouxa opowiedział o nowym przypadku stłuczenia brzucha wskutek kopnięcia konia, przypadku, który nie przyczynia się do ułatwienia rozpoznania następstw tego urazu. Mianowicie, w ciągu kilku godzin po uderzeniu nic nie zwiastowało uszkodzeń wewnętrznych i brzuch, wbrew opisom klasycznym, był zupełnie miękki i nie było żadnego skurczu mięśniowego. Po pewnym wszakże czasie wzdęcie brzucha i ból, zajmujący całą jego powierzchnię, skłonił lekarza do laparotomii. Stwierdzono zapalenie otrzewnowe i znaleziono trzy rany na jednej z pętli kiszkowych. Chora po operacyi wyzdrowiała. Reclus przytacza z własnej praktyki podobny przypadek i zaznacza, że od tego czasu jest w przypadkach podobnych stłuczeń, zwolennikiem laparotomii rozpoznawczej. Delorme również przyznaje, iż widział przypadki silnych uszkodzeń kiszkowych po stłuczeniu, bez skurczu mięśni brzusznych, jak również skurcz tych mięśni bez żadnych uszkodzeń wewnętrznych. Gérard-Marchant mówił: *O leczeniu wola z wysadzeniem gałek ocznych zapomocą resekcyi nerwu współczulnego w części szyjnej.* Resekcya częściowa tego nerwu, zdaniem jego, powinna być stale stosowaną. Sam on wykonał 7 podobnych operacyj: w 2-ch przypadkach chorzy zostali zupełnie wyleczeni, w 2-ch zaś innych nastąpiło tylko znaczne polepszenie; 2 przypadki nie dały żadnego wyniku, a jeden skończył się śmiercią. Ze względu wszakże na stale złe wyniki tyroidektomii, uważa on tę operacyę jeszcze względnie za najlepszą.

W Towarzystwie lekarzy szpitalnych — Dalché opowiedział następujący przypadek: chora 45-letnia dotknięta zapaleniem opon mózgowych, zaczynała już czuć się lepiej, chociaż porażenie połowicze po stronie lewej jeszcze trwało. W tym właśnie czasie rekonwalescencyi dozorująca ją 19-letnia dziewczyna dostała zapalenia rogów przednich rdzenia pacierzowego: obie jej nogi zostały porażone ze zniesieniem odruchów, a z zachowaniem czucia. Dalché przypuszcza, że w tym przypadku nastąpiło zarażenie się, tem ciekawsze, iż wystąpiło w okresie powrotu do zdrowia pierwszej chorej. Fernet podaje spostrzeżenie dziewczyny 22-letniej, dotkniętej gruczolakiem chłonnym w gruczołach szyi, śródpiersia i pachy, oraz podobnym nowotworem wewnątrz kręgosłupa, uciskającym rdzeń, co spowodowało porażenia obustronne. Leczono ją wstrzykiwaniami naftolu kamforowego w tkankę schorzałych gruczołów. Dokonano tych wstrzykiwań 13 i zauważono zmniejszenie się niektórych gruczołów na szyi i w śródpiersiu, chora jednak w tym czasie umarła na różę w twarzy. Leczone gruczoły, jak wykazała sekcya uległy martwicy masowej. Martwina gruczołów, jak doświadczenie poucza, zostaje zwykle wessana, lub wydalona na zewnątrz. Leczenie zatem takie wydaje się autorowi właściwem. Przeszczepienie na świnkę morską kawałka gruczołu nieleczonego w przytoczonym przypadku, wywołało nowotwory gruczolaków chłonnych.

Babiński stwierdza, że w większości przypadków wiądu rdzenia pacierzowego spotyka się zaburzenia w odruchach ścięgna rzepkowego i ścięgna Achillesa. Zdaniem jego można z tego punktu widzenia podzielić tabetyków na 4 następujące kategorye: 1) gdy oba te odruchy z obydwóch stron zanikają; 2) gdy niema zaniku właściwego odruchów, a są tylko zaburzenia w ich rozkładzie: to z jednej tylko strony znajdujemy obadwa odruchy, podczas gdy z drugiej strony ich niema, to znów na jednej nodze jest odruch rzepkowy, a na drugiej tylko odruch ścięgna Achillesa; 3) gdy odruch rzepkowy zanika, lub jest nieprawidłowym, podczas gdy odruch ścięgna Achillesa pozostaje nienaruszonym; 4) wreszcie, gdy odruch rzepkowy jest prawidłowym, a odruch ścięgna Achillesa zanika, lub jest zmienionym. Rendu przytacza przypadek silnego majaczenia (délire) po zażyciu salicylanu sodowego. Przepisał on chorej na gościec sześć gramów dziennie tego przetworu, jeden gr. co dwie godziny, Na drugi dzień leczenia, wieczorem, dostała chora dreszczów. a później majaczenia z omamami, które trwało 36 godzin, następnie zaś przeszło bez śladu. Ciepłota nie przewyższała 38° C.; moczu chora, podczas majaczenia, oddawała bardzo niewiele; zawierał on obficie białko i indykan. Obecnie, chora ta jest już zupełnie zdrowa. Siredey, spostrzegał chorą, dotkniętą niedomykalnością zastawki dwukończystej, która podczas ciąży ciągle pozostawała pod groźbą niedoskurczu serca (asystolie), a oprócz tego, trzy razy zagrażały jej życiu zatory płucne. Płód umarł około 6-go miesiąca ciąży. Wtedy odrazu zaburzenia sercowe ustały i zdrowie chorej się poprawiło. Poród jednak nastąpił dopiero w 63 dni po śmierci płodu. Przebieg jego był prawidłowy.

W Towarzystwie Biologicznem oświadczył Keim, że z badań jego nad laktozą wynika, iż przetwór ten, podany kobietom podczas porodu, w ilości 0·25, na ćwierć szklanki mleka, pobudza kurcze maciczne i przyspiesza poród. Laktoza działa również w przypadkach poronienia zupełnego, jeżeli po wydaleniu płodu łożysko zostało zatrzymane. Sama zaś przez się poronienia nie wywołuje.

W. Kania.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Sprawozdanie z ochronnych szczepień przeciwko wodowstrętowi metodą Pasteura — za miesiąc listopad, 1898.

W miesiącu tym leczono ogółem 25 osób; w liczbie tej 6 osób, pozostałych w leczeniu z m. października i 14 — pozostających nadal w leczeniu na m. grudzień 1898.

Wykaz liczbowy ze względu na rodzaj pokąsania.

Pokąsania	A.	B.	C.	Liczby ogólne
w twarz i głowę	—	—	1	1
w kończyny górne	1	2	18	21
w kończyny dolne i tułów	—	2	1	3
w ciało nagie	1	2	16	19
przez ubranie	—	2	4	6
Liczby ogólne	1	4	20	25

W 24 wypadkach zwierzętami kąsającemi były psy, w jednym zaś kot.

Kraków, dnia 30 listopada, 1898.

O. Bujwid.

X. Wiadomości bieżące.

Kraków, 8 grudnia 1898 r.

† Dr. Jan Harajewicz

b. długoletni dyrektor szpitala św. Łazarza w Krakowie, zasłużony obywatel i niegdyś wielce wzięty lekarz, zmarł d. 4 b. m. w naszem mieście, w 77 roku życia.

Otrzymujemy następującą odezwę:

W celu uczczenia trwałym pomnikiem pamięci prof. Alfreda Obalińskiego Wydział lekarski Uniw. Jagiell. i Towarzystwo lekar. krak. uchwaliły wmurowanie pamiątkowej tablicy w kościele Św. Anny z portretem ś. p. profesora i odpowiednim napisem. Przeprowadzenie tej sprawy poruczono wspólnie wybranemu Komitetowi, który celem zebrania potrzebnego funduszu zwraca się niniejszem do kolegów, uczniów, przyjaciół i wdzięcznych pacyentów śp. Obalińskiego.

Niemal pełne trzydzieści lat pracował ś. p. Obaliński w Krakowie jako kierownik wielkiego oddziału chirurgicznego, jako profesor wszechnicy i lekarz praktyczny. Przynajmniej kilkudziesięciu lekarzy w Galicyi zawdzięcza Jemu swoje zawodowe wykształcenie chirurgiczne, a więc i możność pomagania cierpiącym, jakoteż w wielkiej części swój byt. Kilka dziesiątek tysięcy chorych przesunęło się przez jego ręce; wielu z nich, nawet bardzo wielu, ocalił życie swoją zręcznością, pracą, wysiłkiem swego umysłu i swem szczerem oddaniem się; — innym ulżył w ich cierpieniach, a nikomu z pewnością nie sprowadził szkody na zdrowiu przez zaniedbanie lub nieświadomość, gdyż ś .p. Obaliński był i pozostanie na długo wzorem pracowitości, sumienności i dobrej woli dla wszystkich. Do wdzięczności pozostałych nabył On praw bardzo wiele.

Komitet odwołuje się do tego uczucia w przekonaniu, iż nie spotka go zawód lecz uznanie za to, że nastręcza wszystkim sposobność spłacenia długu wdzięczności śp. Obalińskiemu, a to przez nadesłanie datku na tablicę pamiątkową do rąk p. Dra M. Rutkowskiego (Kraków, klinika chirurgiczna).

Prof. Dr. Jordan Dziekan Wydziału lekarskiego. *Prof. Dr. Kostanecki*

Prof. Dr. Trzebicky *Dr. M. Rutkowski.*

Ogłaszając powyższą odezwę, oświadczamy jednocześnie, że Redakcya *Przeglądu Lekarskiego* prowadzić będzie imienny wykaz nadesłanych składek.

(*Gazeta Lekarska*). Nakładem Kasy Mianowskiego wyszło z druku dzieło nieodżałowanego, a tak przedwcześnie zgasłego St. Krysińskiego, p.t. „Słownictwo Anatomiczne“. Część I i II. Pod prasą znajduje się jeszcze część III, której druk w krótkim czasie będzie ukończony. Cokolwiekbądź krytyka powie o tem dziele, trzeba przyznać, że jest ono owocem mozolnej, benedyktyńskiej pracy, przedsięwziętej z zaparciem się siebie przez umiłowanie języka ojczystego i nauki. Całe dzieło składa się z 3 części: Część I jest tłómaczeniem znanego dzieła Hissa «Anatomische Nomenklatur» z tą jednak różnicą, że każdy termin, podany przez Hissa tylko po łacinie, Krysiński przetłómaczył na odpowiedni termin polski. Część druga zawiera słownik abecadłowy nazw anatomicznych łacińsko-polski i polsko-łaciński. Część trzecia zawierać będzie słownik etymologiczny, w którym podane jest pochodzenie, a poniekąd i historya każdego terminu anatomicznego. Pracę powyższą śp. Krysiński pozostawił w rękopisie, a wydaniem jej zajął się z nadzwyczajną gorliwością i pietyzmem kol. St. Markiewicz z pomocą kol. A. Puławskiego, B. Sawickiego i A. Śmiechowskiego. Przekładu wstępu i ważniejszych objaśnień w części I-ej dokonał kol. Wilhelm Knappe. Bajecznie nizka cena dzieła (tom po 75 kop.) powinna mu zapewnić jak najszersze rozpowszechnienie wśród lekarzy i studentów.

* Trzeci międzynarodowy Zjazd położniczo ginekologiczny odbędzie się w Amsterdamie od 8 do 12 sierpnia 1899 r.

* Petersburgska Akademia wojskowo-lekarska obchodzić będzie w d. 18 (st. st.) b. m. stóletni jubileusz swego założenia. Zaproszenia na obchód uroczysty rozesłano wszystkim uniwersytetom rosyjskim i zagranicznym.

* Rząd w Japonii wydał rozkaz, ażeby wszystkie szkoły publiczne miały stałych lekarzy szkolnych.

* Z powodu wiedeńskiej dżumy podpisało 130 lekarzy berlińskich podanie do rządu, ażeby przy szpitalu *Moabit* zbudowano piec do palenia zwłok.

* Jubileusz cesarza Franciszka Józefa natchnął mądrą myślą wiedeńską gminę izraelicką, która, w celu uczczenia panującego, położyła w dniu jubileuszu kamień węgielny pod szpital dla chorób zakaźnych.

* Krakowska gmina izraelicka utworzyła w d. jubileuszu cesarza Franciszka Jozefa oddział dla nieuleczalnych przy istniejącym szpitalu.

* W Tamatawa (na Madagaskarze) wybuchła epidemia złośliwej dżumy gruczołowej. Z Paryża wysłano 10 lekarzy i znaczny zapas surowicy przeciwdżumowej.

Mianowania i odznaczenia. Z powodu jubileuszu cesarskiego otrzymali odznaczenia: Order żelaznej korony III klasy: prof. U. J. Stopczański i członek Wydziału kraj. Dr. Fr. Hoszard. Krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa: krajowy inspektor sanitarny Dr. J. Barzycki; prymaryusz szpitala w Białej, Dr. J. Bogdanik, burmistrz m. Rzeszowa Dr. S. Jabłoński; burmistrz w Komarnie poseł Dr. L. Jakliński; krajowy inspektor sanitarny Dr. Z. Lachowicz; Dr. Wł. Ściborowski i dr. E. Stroynowski. Tytuł radców cesarskich otrzymali: Dr. H. Ebers, dr. L. Rosenzweig i dr. St. Sołtysik. Tytuł starszego lekarza powiatowego: Dr. G. Bielański i Dr. Z. Dzikowski. Złoty krzyż zasługi z koroną otrzymali: burmistrz w Mikulińcach Dr. L. Brudziński i burmistrz w Dobromilu Dr. L. Cwiklicer.

Prócz wymienionych otrzymali: krzyż kawalerski, orderu Franciszka Józefa: prof. Dr. Hofmokl w Wiedniu, prof. Dr. K. Chodounsky w Pradze; Order żelaznej korony III klasy: Prof. Dr. Horbaczewski w Pradze. Szlachectwo otrzymał poseł Dr. Wolan w Czerniowcach.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Spondly, prof. nadz. położnictwa w Zurychu. Prezydent lekarskiej Izby, Dr. L. Flatow — w Berlinie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekar. polskich. *W Przeglądzie Dentystycznym* (Zeszyt 11): Dr. Kołakowskiego: F.: Plombowanie złotem genewskiem. Zielińskiego W.: O przypadkach przy wyjmowaniu zębów. Kohna F.: Doraźne dorobienie zęba do protezy kauczukowej bez wulkanizowania. W *Medycynie Nr. 49*: Dr. Ołtuszewskiego: Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy. Dr. Rosenthala J.: Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekologicznym szpitala starozakonnych w Warszawie 1896—1897 (c. d.). *W Gazecie Lekarskiej* Nr. 49: Żebrowskiego: Przyczynek do kazuistyki powikłań chirurgicznych przy moczówce cukrowej. Dr. Motza B.: O grużlicy nerek (dok.). Piotrowskiego J.: O leukemii (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków, 17. Grudnia 1898. Nr. 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Stosunek nauki medycyny sądowej do innych nauk lekarskich.

Wykład wstępny z medycyny sądowej

Docenta Dra **Włodzimierza Sieradzkiego,**

miany

dla uczniów Wydziału lekarskiego Uniwersytetu lwowskiego dnia 11 listopada 1898.

Panowie!

Wezwany przez Świetny Wydział lekarski do rozpoczęcia wykładów z medycyny sądowej na tutejszym Wydziale, staję poraz pierwszy przed Panami, świadomy obowiązków i trudności mego zadania. Powołać do życia nowy instytut naukowy, urządzić go zgodnie z obecnym postępem naszej umiejętności i prowadzić tak, by choć w części mógł dorównać tak świetnie prowadzonym innym zakładom lekarskim naszego Uniwersytetu, wpoić w Panów zasady tej nowej dla Was nauki i zachęcić do jej pielęgnowania i studyowania, pomnażać wreszcie własne doświadczenie i przysparzać wedle sił nowych zdobyczy dla tej gałęzi sztuki lekarskiej, oto treść mej przyszłej pracy, oto cel mych usiłowań!

Nie taję przed Panami, iż zadanie moje nie łatwe, ile że z natury rzeczy wynika, iż rozwój zakładu sądowo-lekarskiego zależy między innemi od przychylnego współdziałania wielu innych czynników zewnętrznych, stojących poza Uniwersytetem i odemnie niezależnych. Liczę jednak przedewszystkiem na łaskawe poparcie ze strony Świetnego Wydziału, na życzliwość innych sfer, będących w związku z rozwojem naszego zakładu, a przedewszystkiem na dobrą wolę i chęć ze strony Panów, których prawdziwą i istotną korzyść zawsze mieć będę na oku. Tą nadzieją ożywiony przystępuję z otuchą do mego zadania, pewny iż „per aspera“ dochodzi się „ad astra“.

W tym pierwszym wykładzie musimy się pokrótce zastanowić nad istotą naszej nauki, nad jej celem i znaczeniem, oraz nad związkiem, jaki istnieje między nauką medycyny sądowej, a innemi gałęziami umiejętności lekarskiej.

Jesteście Panowie na ukończeniu swych studyów medycznych, poznaliście budowę i czynności zdrowego ustroju ludzkiego, zaburzenia chorobowe różnych narządów, ich przyczyny, oraz sposoby ich wykazania i usuwania; każda nowa nauka i wszystkie nowe wykłady łączyły się konsekwentnie z poprzednimi i nie uczuwaliście nigdy trudności, by odpowiedzieć sobie na pytanie, co to jest za nauka, której obecnie się poświęcacie i w jakim celu jej się oddajecie. Sama bowiem już nazwa przedmiotu: fizyologia, anatomia patologiczna, choroby wewnętrzne, skórne, położnictwo itd. dała Panom dostateczną na wszystkie pytania odpowiedź. Nie tak rzecz się ma tym razem, w obecnej chwili. Obejmując już bowiem prawie całokształt wiedzy lekarskiej, wezwani jesteście do nowego studyum, do nauki medycyny sądowej, z której istoty i potrzeby nie możecie sobie zdać sprawy. Pierwszym i głównym celem studyum medycyny wogóle jest leczenie jednostki ludzkiej, dotkniętej jakąkolwiek chorobą i dlatego też, po odbyciu koniecznych studyów przygotowawczych, poświęcacie Panowie dla tego celu najwięcej pracy i czasu. Obok jednostki stoi jednakże społeczeństwo, to jest zbiór tych jednostek, które jako takie żąda od wiedzy lekarskiej usług, równie ważnych jak pierwsze, równie w skutkach błogosławionych. Ten cały dział medycyny, wymagany potrzebami społeczeństwa, obejmuje się nazwą medycyny publicznej. Początkowo stanowiąca jedną całość, rozpadła się medycyna publiczna, skutkiem ogromnego postępu i rozwoju nauk lekarskich, a wogóle nauk przyrodniczych, na dwa działy, t. j. higienę wraz z policyą sanitarną i medycynę sądową. Pierwsza z nich zajmuje się zdrowiem publicznem, dobrobytem tak fizyologicznym jak i moralnym ludności, a to badając wszystkie szkodliwości, jakie grożą zdrowiu całego społeczeństwa i szukając przeciwko nim środków zapobiegawczych; wyniki zaś swych badań zestawia w rozporządzeniach zdrowotnych, stanowiących tak zw. policyę sanitarną i przez to związaną jest z administracyą kraju i z ustawami, mającemi na celu tę ostatnią. Skutkiem olbrzymiego rozkwitu bakteryologii w ostatnich czasach, nauka ta objęła obecnie bardzo szeroki zakres i dlatego też słusznie oddzieloną została od medycyny sądowej.

Medycyna sądowa nie zajmuje się ani zdrowiem jednostki, ani zdrowiem społeczeństwa; zadaniem jej natomiast jest objaśnienie ze stanowiska lekarskiego wszystkich zdarzeń, zagadnień i wątpliwości, jakie nasuwają się władzom sądowym przy zastósowaniu i wykonywaniu prawa cywilnego karnego, a których wykonawca sprawiedliwości, nie posiadając wiadomości lekarskich, nie może sam bez tej pomocy należycie ocenić i zrozumieć. W danym razie służy medycyna sądowa i prawodawcy przy układaniu nowego prawa cywilnego i karnego. Spiesząc zatem w pomoc sprawiedliwości, jest ona tego rodzaju nauką lekarską, która zajmuje się zagadnieniami, tyczącemi się praw i obowiązków ludzi względem siebie, połączonych w społeczeństwo, a tem samem przyczynia się do utrzymania tych więzów.

Do wypełnienia swego celu dochodzi medycyna sądowa dwiema drogami: po pierwsze, czerpiąc z całokształtu nauk lekarskich, powtóre własnemi, specyalnemi badaniami, rozjaśniając nasuwające się i jej tylko właściwe zagadnienia. Korzystając z całości wszystkich nauk lekarskich, pozostaje

ona przez to samo w ścisłym z niemi związku i jest na wskróś nauką lekarską, pomimo odrębności swego ostatecznego celu.

Zakres spraw, w których lekarz spieszy ze swą wiedzą na usługi sądowi, jest nadzwyczaj rozległy i różnolity, skutkiem czego każda gałąź medycyny jest mu, jako znawcy sądowemu, pomocną w działaniu. Znaleziono w niezwykłem miejscu części kościec: to anatomia łącznie z nauką o rozwoju uczy rozpoznać te kości jako ludzkie, wskazuje na ich rodzaj, nazwę, wiek i płeć osoby, do której należały, a medycyna sądowa, jako taka, dodaje ponadto całą naukę o rozkładzie zwłok, celem oznaczenia czasu, jaki upłynął od śmierci osoby, której zwłoki się bada; na podstawie osobnych zasad stara się stwierdzić tożsamość osoby, a nadto wyśledzić wszystkie dane, dozwalające wnioskować o przyczynie śmierci i towarzyszących jej okolicznościach.

Badanie krwi, rozpoczęte przez fizyologa, rozszerza i uzupełnia nasza nauka do najdalszych granic, celem wykazania obecności krwi w minimalnych śladach, co właśnie dla badań sądowo-lekarskich ma ogromne znaczenie. Zresztą korzysta ona w całej pełni, podobnie jak i inne nauki lekarskie, z podstawowych prawd, zdobytych nauką fizyologii, uciekając się nie rzadko do doświadczenia, przeprowadzonego na podstawie zasad tej umiejętności.

Z poważną pomocą spieszy medycynie sądowej nauka chemii i to do tego stopnia, iż z biegiem czasu wyodrębnił się nawet osobny dział chemii sądowej. Znajduje ona swe zastósowanie przedewszystkiem w przypadkach otrucia, a to łącznie z inną znowu nauką, mianowicie z toksykologią. Właściwe rozbiory chemiczne, w przypadkach zatruć, należą do zaprzysiężonych chemików sądowych, którymi mogą być i lekarze, posiadający odpowiednie kwalifikacye. Jednakowoż, na podstawie protokołu rozbioru, spisanego przez chemików, oraz innych danych, zebranych w śledztwie, wydaje z reguły lekarz znawca swoje orzeczenie na rozprawie głównej; orzeczenie, które jest ostateczną wskazówką i podstawą, na jakiej sędziowie wydają swój wyrok. Jasną jest zatem rzeczą, iż znawca powinien być świadomym całej czynności chemika, by mógł wytłómaczyć sędziom stan rzeczy, przedstawić pewność wyników i wyciągnąć ostateczne wnioski, a to, opierając swój wywód również na wyniku sekcyi, oraz na stwierdzonych śledztwem objawach klinicznych otrucia, którymi szczegółowo zajmuje się nauka toksykologii.

Na podstawie zasad chemii i toksykologii podaje medycyna sądowa osobne prawidła, jakie należy zachować w przypadkach sekcyi zwłok osób, podejrzanych o otrucie; zachowanie ich ułatwia w wysokim stopniu późniejszą czynność chemika, zaniedbanie może ją nieledwie udaremnić, a w każdym razie utrudnić. Dział toksykologii, tyczący się zmian anatomicznych w zwłokach osób otrutych, zawdzięcza swój rozwój głównie badaczom sądowo-lekarskim; a już zupełnie oryginalną zdobycz medycyny sądowej stanowi nauka o rozmieszczeniu trucizny w ustroju i o jej dyfuzyi pośmiertnej. Chemiczne zjawiska, toczące się wśród rozkładu zwłok, obchodzą przeważnie medycynę sądową; a niektóre z nich, jak powstawanie tak zw. alkaloidów trupich, posiadają dla niej doniosłe praktyczne znaczenie.

Z nauk przyrodniczych właściwych znalazła w ostatnich czasach poważne zastósowanie w badaniach sądowo-lekarskich historya naturalna, a to dzięki pracom francuskiego autora Méguina, dozwalającym z jakości fauny zwłok odpowiedzieć na wiele ważnych zagadnień, tyczących się czasu, przez jaki zwłoki spoczywały, środowiska, w którem się znajdowały itp. Znajomość botaniki, względnie histologii roślinnej wraz z farmakognozyą, dozwala przez zbadanie treści przewodu pokarmowego wykryć niejednokrotnie ciało trujące, wyprzedzając, uzupełniając, niekiedy nawet zastępując późniejszy rozbiór chemiczny; w innych zaś razach, określając jakość użytych pokarmów, może wyjaśnić niejeden szczegół ważny dla sądowego śledztwa.

Ścisły związek zachodzi pomiędzy naszą nauką a anatomią patologiczną; obie stwierdzają zmiany chorobowe w narządach, tłómaczą ich powstanie, związek pomiędzy sobą i znaczenie dla całego ustroju, a wreszcie określają ostateczną przyczynę śmierci. Do skarbca anatomii patologicznej dodaje jednak medycyna sądowa nadzwyczaj obszerny i ważny dział o śmierci gwałtownej, rozszerza i zgłębia naukę o śmierci nagłej naturalnej, a zajmując się szczegółowo zmianami, powstałemi na zwłokach skutkiem postępującego ich rozkładu, uczy je odróżniać od niekiedy bardzo podobnych zmian patologicznych. Do patologii ogólnej, z której dobytku czerpie pełną ręką, dorzuca medycyna sądowa wielce zajmujący i wielostronny rozdział o urazie, jako o przyczynie różnych chorób, aby wyniki tych badań zastósować na potrzeby ustawodawstwa.

Z nauk lekarskich klinicznych spieszy z pomocą medycynie sądowej przedewszystkiem nauka chirurgii, jako ta, która zajmuje się leczeniem wszelkich obrażeń cielesnych. Zasady chirurgii dozwalają zbadać i po lekarsku ocenić dane uszkodzenie; one uczą o przebiegu gojenia się ran, o wpływie ich na cały ustrój, o zaburzeniach i powikłaniach sprawy gojenia, a medycyna sądowa, opierając się na tem doświadczeniu klinicznem, podanem przez naukę chirurgii, uczy określać i oceniać obrażenia w myśl odnośnych ustępów ustawy, której to oceny żąda właśnie władza sądowa. Podobnie i inne nauki kliniczne, w szczególności nauka o chorobach wewnętrznych, skórnych, o chorobach oka i ucha, oddają swoje zdobycze na usługi medycynie sądowej, gdyż zagadnienia, z jakimi spotyka się nasza nauka, dotykać mogą wszystkich działów medycyny.

Na osobną wzmiankę zasługuje jednakże nauka położnictwa, z którą związek medycyny sądowej jest szczególniej ścisły. Cechy rozpoznawcze ciąży, przebytego mniej lub więcej dawno porodu, różnoraki przebieg porodu, poronienie i poród przedwczesny, śmierć płodu wśród ciąży i porodu itd. omawia wyczerpująco nauka położnictwa, a medycyna sądowa, korzystając w całej pełni z tych danych, buduje naukę o karygodnem spędzeniu płodu i o dzieciobójstwie, rozstrząsając w nich zagadnienia sobie tylko właściwe i nawskróś samoistne.

Nawet z doniosłych zdobyczy, które poczyniła w ostatnich czasach najmłodsza z nauk lekarskich, bakteryologia, korzysta niejednokrotnie medycyna sądowa, nie tylko z powodu, iż zawładnęły one prawie wszystkiemi dziedzinami medycyny, lecz również spożytkowują je do specyalnych badań sądowo-lekarskich, n. p. w kierunku stwierdzenia zakażenia rzeżączkowego, w przypadkach otruć zepsutemi pożywkami itd.

Jednym z najrozleglejszych i najważniejszych działów medycyny sądowej jest nauka o poczytności i rozporządzalności człowieka, objęta nazwą psychopatologii sądowej. Zwią-

zana ściśle i wzniesiona na podstawie klinicznej psychiatryi, wymaga też i znajomości tej ostatniej i nawzajem ją uzupełnia. Gdy jednakowoż nauka o chorobach umysłowych z niezrozumiałych zaiste powodów jest wysoce upośledzoną na naszych uniwersytetach, nie włączona ani w zakres egzaminów, ani nawet obowiązkowych przedmiotów, gdy nadto, co gorsze, niektóre wydziały lekarskie nie posiadają wcale odpowiednich klinik, obejmuje medycyna sądowa obowiązek uzupełnienia tego dotkliwego braku w zawodowem wykształceniu lekarza i, chociaż w krótkości, przedstawia zarys pojedyńczych obrazów chorobowych, aby na tem tle rozwinąć właściwą swą naukę psychopatologii sądowej, która, mimo ścisłej łączności z psychiatryą kliniczną, pozostanie zawsze odrębną i wymagającą osobnych studyów nauką. Dotyka ona w ostatnich czasach tak bujnie rozkwitłej umiejętności, jaką jest antropologia kryminalna, o której również przystoi lekarzowi mieć choćby słabe wyobrażenie.

Jeśli do tego dodamy jeszcze, iż do medycyny sądowej należy ponadto wiedza o przewinieniach lekarskich formalnych i materyalnych, czyli tak zw. błędów w sztuce (Kunstfehler), widzicie Panowie, jak rozległe horyzonty obejmuje nasza nauka i w jak ścisłym pozostaje związku z całokształtem nauk lekarskich.

Po tem przedstawieniu rzeczy nasunąć się może Panom mniemanie, podzielane niestety jeszcze dotychczas przez niektórych lekarzy, iż medycyna sądowa, czerpiąc swe podstawy we wszystkich działach nauk lekarskich, nie ma właściwie warunków istnienia, jako nauka samoistna, że zatem, idąc konsekwentnie, każdy lekarz może być dobrym znawcą sądowym, chociażby nie odbywał osobnych studyów medycyny sądowej. Zapatrywanie to łatwo można obalić. Przechodząc w krótkości związek naszej nauki z innemi gałęziami lekarskiemi, wspominałem przy każdej z nich jakiś dział medycyny sądowej, który, wprawdzie spokrewniony z odpowiednią nauką lekarską, stanowi zupełną i odrębną własność naszej nauki i to nie tyle ze względu, iż powstał on dzięki pracom autorów sądowo-lekarskich, ile że nauka ta nie znajduje żadnego uwzględnienia ani zastósowania wreszcie nauk lekarskich. Nie słyszeliście nigdzie Panowie wśród Waszych studyów o śmierci z uduszenia, w szczególności o śmierci z powieszenia, zadzierzgnięcia, zadławienia itd., nie poświęcaliście Waszej uwagi sprawie rozkładu zwłok, sprawie zdolności lub niezdolności płciowej, sprawie poczytności i rozporządzalności, sposobom rozpoznawania przy sekcyi zwłok noworodka, czy ten urodził się żywo lub nie, sposobom odróżnienia samobójstwa od morderstwa, badaniu narzędzi i wogóle lic sądowo-lekarskich i bardzo wielu innym zagadnieniom, które właśnie dla medycyny sądowej są nadzwyczaj wielkiej wagi. Zbiór tych nauk, właściwych tylko medycynie sądowej, potrafi sam podnieść ją do rzędu prawdziwych umiejętności, godnych by im lekarz poświęcił pewną część swych studyów, a to tem bardziej, iż zakres tych zdobyczy w ostatnich czasach nieustannie a znakomicie się powiększa, dzięki pracom wielkich mistrzów naszej nauki, jak Orfila, Tardieu, Taylor, Casper, Maschka, Hofmann i ich następców, którzy wprowadzili ją na właściwe tory, mianowicie na drogę doświadczalną. Obok tego jednak jest medycyna sądowa sztuką i to sztuką zastósowaną, albowiem rodzaj i sposób, w jaki znawca musi spożytkowywać swe wiadomości, że się tak wyrażę, czysto lekarskie, na potrzeby sądownictwa, jest tego rodzaju, iż przyszły lekarz potrzebuje koniecznie osobnego studyum do nauczenia się i opanowania tej sztuki, podobnie, jak uczyć się musi sztuki leczenia, mimo iż zna obraz choroby z jednej, a ogólne działanie środków leczniczych — z drugiej strony. Trudność tej sztuki polega nie tylko na stronie formalnej, na tem, iż lekarz swoje czysto lekarskie zdanie musi przedstawiać władzy nie lekarskiej, a zatem tak, by ono było dla niej zupełnie zrozumiałem i nie tylko na tem, iż lekarz każde swoje spostrzeżenie musi umieć spisać tak dokładnie i sumiennie, by następnie inny znawca lub wyższa instancya sądowo-lekarska, jaką jest Wydział lekarski, mógł z tego protokółu wyciągać wnioski, lecz głównie w sposobie oceniania spostrzeżeń, w tak zw. kombinacyi sądowo-lekarskiej. Żadna czynność lekarska nie wymaga tak ścisłej logiki, takiej rozwagi w działaniu, jak czynność lekarza — znawcy sądowego. Wywody jego muszą wytrzymać pociski z różnych stron, wątpliwości sędziów, zarzuty oskarżyciela i obrońcy, krytykę opinii publicznej, a dlatego też muszą posiadać zawsze piętno prawdziwej i głębokiej wiedzy. Tej logiki, tej sztuki rozróżniania między pewnem, prawdopodobnem a wątpliwem nabrać można tylko przez sumienne studyum medycyny sądowej.

Zapytacie jednak Panowie, czy z drugiej strony medycyna sądowa nie stawia zbyt wielkich wymagań dla swych wykonawców, czy nie żąda uniwersalności lekarskiej, która, wobec dzisiejszego ogromu nauk lekarskich, nigdy nie może być prawdziwą i głęboką. Nie ulega wątpliwości, że dobry znawca sądowy powinien być ogólnie po lekarsku wykształconym, że powinien posiadać większy zakres wiadomości, szczególniej teoretycznych, od przeciętnego; ale właśnie zaletą dobrego znawcy sądowego jest, gdy wie, kiedy wezwać do pomocy i porady fachowego specyalistę, lub odpowiednie grono naukowe, kiedy wogóle uznać się niekompetentnym do wydania stanowczego sądu w danej sprawie. Nauka medycyny sądowej podaje i pod tym względem pewne prawidła i przepisy dla znawcy; sama zresztą, jako taka, odpowiada na niejedno zagadnienie krótko: „niewiem“, a sokratesowska ta odpowiedź w niczem nie uwłacza ani samej umiejętności, ani tem bardziej wiedzy i zawodowi znawcy, który we właściwym przypadku użył tej odpowiedzi. Aczkolwiek więc wielostronnym jest zakres spraw, w jakich sąd wzywa znawcę do wydania swej opinii, to jednak, na podstawie ogólnego wykształcenia lekarskiego, oraz zasad nabytych przez sumienne studyum medycyny sądowej, znawca może spełnić swój trudny zawód ze znakomitym skutkiem, i z prawdziwym pożytkiem dla społeczeństwa. Nie poruszam na razie sprawy, jakiem powinno być owo sumienne studyum medycyny sądowej, któreby dało lekarzowi istotnie zasłużony tytuł dobrego znawcy; w ciągu tych wykładów, przedewszystkiem jednak po omówieniu całości przedmiotu w końcu półrocza, przedstawię Panom „postulata“ w tym kierunku, a wtedy Panowie łatwiej je zrozumiecie.

Znaczenie medycyny sądowej nie ustępuje w niczem znaczeniu innych gałęzi lekarskich. Jak tamte mają przedewszystkiem za cel zdrowie ludzkie, ten istotny skarb człowieka, tak medycyna sądowa stoi na straży równie drogich mu praw: wolności, mienia, czci, a nawet i życia. Jeżeli pomoc przy wykryciu zbrodniarza stanowi już prawdziwą

zasługę względem społeczeństwa, o ileż więcej jaśnieje istotna godność medycyny sądowej, gdy na podstawie swych zasad potrafi wydobyć na jaw niewinność człowieka niesłusznie lub złośliwie posądzonego o czyn karygodny. Choćby zdarzyło się to raz na lat pięćdziesiąt, zasługuje już nauka medycyny sądowej na to, by lekarz z zapałem oddał się jej, by w ten sposób w zupełności spełnił to humanitarne powołanie, jakie mu wskazuje jego zawód. Nie mogę tu pominąć milczeniem praktycznej strony tego studyum. Przedewszystkiem każdy lekarz, choćby się nie chciał zajmować zawodem znawcy sądowego, jest zmuszony wedle obowiązujących ustaw spieszyć z pomocą sprawiedliwości na wezwanie sędziego; każdemu więc w pewnych razach może być potrzebna i przydatną ta nauka. Ważniejszym jednak jest ten wzgląd, iż na prowincyi zazwyczaj lekarz sam stara się o ten rodzaj praktyki, gdyż stanowi on dla niego nie tylko poważne źródło materyalne, ale wyrabia mu uznanie, a nawet rozgłos w oczach publiczności. Orzeczenie lekarskie, czy to pisemne czy ustne, znane jest całemu szeregowi ludzi inteligentnych, a istotna i ścisła wiedza, bijąca z niego, musi zwrócić na lekarza uwagę. Z drugiej strony brak znajomości medycyny sądowej staje się niejednokrotnie lekarzowi prowincyonalnemu powodem złej opinii i często zupełnie niezasłużonego posądzenia o brak wiedzy lekarskiej w innym kierunku. Przypominam sobie słowa wypowiedziane „ex cathedra“ przez jednego z mych doświadczonych mistrzów, że znajomość położnictwa i medycyny sądowej stanowi o losie lekarza prowincyonalnego. Wzgląd ten przytoczyłem na samym ostatku, jako natury czysto praktycznej i materyalnej; sądzę jednak, iż z jednej strony zajmująca treść naszego przedmiotu, z drugiej wysoki i chlubny cel tej nauki skłoni Panów do chętnego słuchania tych wykładów, do pospieszenia mi z pomocą w tem usiłowaniu, by z Wydziału lwowskiego stworzyć nowe ognisko, zkądby rozchodzili się dobrzy i pożyteczni dla społeczeństwa znawcy sądowi. To leży przeważnie w rękach Waszych i o to Was proszę, Panowie!

II. Z oddziału położniczego szpitala św. Łazarza w Krakowie, pod kierunkiem prof. Dra A. Marsa.

O zmniejszaniu pojemności główki poprzedzającej z następowem wydobywaniem płodu.

napisał

Dr. Franciszek Kośmiński.

(Dokończenie).

Przechodząc do dalszej czynności przy zmniejszaniu pojemności główki, to jest wymóżdżenia, zaznaczyć muszę, iż zniszczenie i usunięcie prawie doszczętne mózgu wykonać można znacznie prędzej, wygodniej, lepiej a nadewszystko doszczętniej, dokładniej, za pomocą dużej łyżki, aniżeli przez ogólne, dziś w tym celu używane, wypłókanie mózgu zapomocą prądu płynu ze strzykawki. Przez to dokładne zniszczenie i usunięcie mózgowia pole operacyjne przy wydobywaniu główki pozostaje wolne od części mózgu, a dalej uniknąć możemy na pewne tych tak bardzo przykrych przypadków, w których po wydobyciu płód daje jeszcze wyraźne znaki życia.

Zamiast używania kranioklastu, wprowadzanego pod kontrolą ręki, zakładam pod kontrolą wzroku na odsłonięte części główki, w celu pociągania, kilka par mocnych szczypczyków, ujmując kości główki wraz z częściami miękkiemi. Zarzut możliwy, że szczypczyki te łatwiej będą się wyrywać, aniżeli przy pociąganiu za kranioklast, jest nie słusznym.

Według zasad fizyki, narzędzie, w równych zresztą warunkach, tem mocniej trzyma, im większą powierzchnię chwyta, czyli im na większej powierzchni rozdzielimy siłę przyczepienia. Otóż kranioklast trzyma szeroko, ale tylko w jednem miejscu, podczas gdy szczypczyki, założone w różnych punktach główki, działają niewątpliwie na szerszej przestrzeni. Dlatego to, przy silnem pociąganiu za dobrze założony kranioklast, łyżki kranioklastu nie ześlizgują się i nie zesuwają z ujętych kości, lecz wyrywają się wraz z kawałkami lub pojedynczymi kośćmi główki, a to z powodu, że kranioklast trzyma wprawdzie dobrze, ale kości ujęte łyżkami kranioklastu są stosunkowo do siły z jaką pociągamy, za słabo połączone z resztą główki. Jeżeli zaś założymy kilka par szczypczyków na kilku różnych kościach główki i zaczniemy za nie pociągać równocześnie, to będziemy mogli pociągać główkę płodu w całości z taką samą lub nawet większą siłą, zależnie od tego, ile kości ujęto, jak przy pociąganiu zapomocą kranioklastu. Siła bowiem, z jaką pociągamy, rozkłada się w pierwszym przypadku na kilka kości główki, podczas gdy w drugim pociąga się tylko za kości tej strony główki, po której kranioklast jest założonym. Użycie zaś szczypczyków jest nie tylko wygodniejsze i łatwiejsze, aniżeli wprowadzenie wielkiego i ciężkiego narzędzia, jakiem jest kranioklast lub kefalotryb, lecz postępowanie to posiada nadto tę zaletę, że zakładając na główkę szczypczyki pod kontrolą wzroku, nie potrzebujemy wprowadzać do dolnego odcinka macicy ani rąk ani też narzędzi. W ten sposób unikamy możliwego przeniesienia nieprawidłowej często wydzieliny z pochwy do macicy, a nadto nie rozciągamy dolnego odcinka macicy jeszcze więcej, tak jak to się dzieje przy zakładaniu kranioklastu lub kefalotrybu.

Tak przy silnem pociąganiu za szczypczyki, jako też i za kranioklast, mogą się jednak całe kości lub tylko kawałki kości główki niewątpliwie wyrywać. Gdy jednak przy pociąganiu za kranioklast odszczep kości wraz z narzędziem może się nagle oderwać i przechodząc przez przewód rodny sprowadzić często nawet bardzo znaczne obrażenia, to przy pociąganiu za kilka par szczypczyków równocześnie takie nagłe wyrwanie się jest niemożliwe. Trudno bowiem nawet przypuścić, aby wszystkie szczypczyki w jednej chwili równocześnie się wyrwały wraz z kawałkami kości. Gdy zaś, trzymając razem, pociągamy za wszystkie szczypczyki, to pomimo, że jedne z nich będą się wyrywać, drugie nie pozwolą się im wysunąć i przejść nagle z odłamkiem kości. A więc przy użyciu szczypczyków możemy bezwarunkowo łatwiej uniknąć obrażeń, aniżeli przy użyciu kranioklastu.

W przypadkach, w których istnieje znaczniejszy niestosunek porodowy i w których samo pociąganie za pomocą kranioklastu, po otwarciu jamy czaszki i wymóżdżeniu, nie prowadzi do celu, radzą jedni wykonać zmiażdżenie główki za pomocą kefalotrybu, inni wreszcie usuwają pojedyncze kości główki. Pominąwszy trudności, jakie wynikają z ope-

rowania na ciemno, zwłaszcza gdy będziemy operować tak wielkiemi i ciężkiemi narzędziami, jakiemi są kefalotryb i kranioklast, których działania wewnątrz niepodobna dostatecznie kontrolować, największą korzyść z używania szczypczyków i kawałkowania główki pod kontrolą wzroku upatruję w tem, że dolny odcinek macicy przy takiem postępowaniu wcale nie jest na uraz narażony. Gdy zaś weźmiemy pod uwagę, jak cienką, a często nieprawidłowo nawet zmienioną, kruchą może być ściana dolnego odcinka macicy podczas długo przeciągającego się porodu, to przyznać musimy, iż wprowadzonie ręki i znacznych bądź co bądź rozmiarów narzędzi obok główki, jest w takich przypadkach rzeczą nie obojętną, której lekceważyć nie można. Na tę okoliczność zwracają też poniekąd uwagę zwolennicy kranioklastu, mówiąc o działaniu kefalotrybów, przy czem kładą nacisk na to, że po uchwyceniu główki i pociąganiu na pomocą kefalotrybu w kierunku ku dołowi, gdy więc rękojeści narzędzia będziemy kierować ku kości krzyżowej, łyżki narzędzia wraz z główką, wypuklające mocno przednią ścianę macicy, mogą sprowadzić pęknięcie.

Rzecz sama, to jest możliwie największe zmniejszenie pojemności główki i wydobycie płodu, pozostaje jedną i tą samą, czy je wykonamy przez dokładne o ile możności zmiażdżenie główki za pomocą kefalotrybu lub narzędzia złożonego Auvarda-Zweifla, czy też przez usunięcie kości główki kranioklastem, czy przy pomocy narzędzi podanych przez Lazarewitscha lub Bayera, posługując się przy wykonywaniu wszystkich tych zabiegów tylko dotykiem i operując w zakresie dolnego odcinka macicy, czy wreszcie postępując jak poprzód opisałem. Jeżeli jednak mamy do wyboru różne sposoby do osiągnięcia tego samego celu, to wybieramy zawsze ten, który jest najbezpieczniejszym i najwięcej łagodnym zabiegiem. Gdy przed półtora rokiem podałem opis wykonywania niektórych operacyj położniczych przy użyciu wzierników, zastrzegłem się że nie twierdzę, iż postępowanie takie we wszystkich przypadkach ściśle przeprowadzić będzie można i że dopiero rzeczą dalszego doświadczenia będzie wykazać, w jakich przypadkach może być z korzyścią stósowane, a w jakich nie doprowadzi do celu. Obecnie, na podstawie dawniej opisanych i dziesięciu nowych powyżej przytoczonych przypadków zmniejszenia pojemności główki i wydobycia płodu, sądzę, że mam podstawę do wypowiedzenia dalszych kilku uwag.

Przedewszystkiem uważam postępowanie, jakiego obecnie używam, za teoretycznie zupełnie uzasadnione, gdyż w ten sposób nie wprowadza się ani ręki ani też narzędzia do dolnego odcinka macicy, a więc uniknąć możemy dalszego rozciągania i urazu tej części przewodu rodnego i przeniesienia bardzo często nieprawidłowej treści z pochwy do macicy. Dalej, pouczyło mnie doświadczenie, że w praktyce zmniejszenie pojemności główki poprzedzającej i wydobycie płodu w sposób powyżej podany nie tylko przeprowadzić się daje, ale że zabieg ten, w porównaniu z dotychczas ogólnie przyjętym sposobem postępowania, jest znacznie łatwiejszym. Tylko temu, kto będzie w ten sposób po raz pierwszy operował, może się ten zabieg wydać trudniejszym wobec postępowania, do którego już przywykł. Wreszcie sądzę, że postępowanie to może być z korzyścią stósowane nawet w przypadkach bardzo znacznego niestosunku porodowego, a w przypadkach tych, w którychby nie można było dojść do celu przez kawałkowanie główki płodu i inne sposoby postępowania zawiodą. Z tych powodów należałoby, mojem zdaniem, w każdym przypadku zmniejszenia pojemności główki poprzedzającej i wydobycia płodu, starać się wykonać je w ten sposób, jak go powyżej opisałem, gdyż postępowanie takie jest najłagodniejszym zabiegiem dla rodzącej.

W końcu chciałbym jeszcze wspomnieć o przeprowadzeniu barków płodu wobec bardzo znacznego niestosunku porodowego.

Po wydobyciu zmniejszonej główki często bardzo barki płodu stanowić mogą przeszkodę do ukończenia porodu. W takich przypadkach jedni radzą otworzyć klatkę piersiową od strony szyi płodu, następnie zaś założyć kranioklast na kręgosłup i w ten sposób starać się płód wydobyć, albo też, po otwarciu klatki piersiowej, wypróżnić ją naprzód. Ribemont-Dessaignes zaleca w takich przypadkach wydobyć najpierw jedną rączkę płodu, a potem drugą, w razie potrzeby po poprzedniem złamaniu kości ramienia, a potem dopiero starać się przeprowadzić barki. W razie gdy niema miejsca do ściągnięcia rączek płodu, radzą również naprzód wykonać otwarcie klatki piersiowej i wytrzewienie. Ponieważ przy przejściu barków główną przeszkodę stanowi bezsprzecznie kościec, przeto Herff zalecił w takich przypadkach wykonanie przecięcia obojczyka i kilku górnych żeber, poczem górna część klatki piersiowej się zapada, a objętość barków bardzo znacznie się zmniejsza. Następnie zalecili takie postępowanie Phänomenoff i Knorr, którzy radzili przeciąć oba obojczyki, a dalej Strassmann, który osiągnął już po przecięciu jednego obojczyka zamierzony skutek.

W pierwszym z powyżej przytoczonych przypadków wydobyto obie rączki, a potem dopiero przeprowadzono barki płodu. Zabieg taki może być często bardzo trudnym i mozolnym. W dalszych trzech przypadkach, w których po wydobyciu zmniejszonej główki barki płodu stanowiły znaczną przeszkodę porodową, wykonano przecięcie górnej części klatki piersiowej wzdłuż osi podłużnej płodu. W dwu przypadkach, to jest trzecim i piątym, przecięto klatkę piersiową z przodu, w dziewiątym zaś z tyłu, a to z powodu, iż ta część płodu była najwięcej dla operującego dostępną. W miarę przecinania klatki piersiowej we wszystkich trzech przypadkach barki obniżały się, a po przecięciu pewnej części, wydobycie płodu nie przedstawiało żadnych trudności.

Dla uchronienia części miękkich rodzącej i uniknięcia wprowadzania ręki do przewodu rodnego, przecinałem klatkę piersiową zawsze po odsłonięciu za pomocą wzierników pod kontrolą wzroku. Przecięcie za pomocą mocnych nożyc, służących do kawałkowania główki, było zawsze bardzo łatwem, a nastawianie w polu operacyjnem dalszych części klatki piersiowej, przy ściąganiu za pomocą szczypczyków dwuzębnych, ułatwiało znakomicie zabieg, który w przeciągu trzech do pięciu minut łatwo można było zawsze wykonać. Z tych powodów uważam przecięcie klatki piersiowej w przypadkach, w których barki płodu stanowią znaczną przeszkodę porodową, za postępowanie najprostsze, najprędzej prowadzące do celu, a dla rodzącej najłagodniejsze. Ponieważ zaś w przypadku, w którym przecinałem klatkę piersiową z tyłu, otrzymałem również wynik najzupełniej zado-

walniający i natychmiastowy, przeto sądzę, że nie należy starać się koniecznie przecinać klatkę piersiową z przodu, co niekiedy może być trudniejszem, lecz że należy przecinać w miejscu najwięcej dostępnem, a więc tam, gdzie dla operatora jest najwygodniej. Przypadki powyżej podane nauczyły mnie i w tych razach cenić również użycie wzierników. Po odsłonięciu bowiem odpowiedniej części klatki piersiowej, przytrzymaniu i ściągnięciu jej za pomocą założonych szczypczyków, można było zawsze operować szybko, śmiało i wygodnie.

Jak z tego przedstawienia rzeczy wynika, daleki jestem od tego, abym sobie wyłącznie przypisywał stworzenie nowych sposobów operacyjnych. Pragnąłem tylko nasze dotychczasowe zabiegi operacyjne położnicze wprowadzić na tor postępowania więcej zasadom chirurgii odpowiadającego, a do tego posłużyły mi różne sposoby, które pojedyńczo były podane. Zdaje mi się, że przez stósowne połączenie różnych sposobów, podanych w celu zmniejszenia główki poprzedzającej i wydobycia płodu, udało mi się obecnie złożyć metodę, którą miałem sposobność wypróbować na kilkunastu przypadkach i według której prawdopodobnie już dalej operować będę. Na podstawie bowiem mojego dotychczasowego doświadczenia sądzę, że zabieg, mający na celu zmniejszenie pojemności główki poprzedzającej, wykonany tak jak go opisałem, będzie zawsze łatwiejszym w wykonaniu, a przedewszystkiem zabiegiem łagodniejszym i bezpieczniejszym dla rodzącej, aniżeli dotychczas ogólnie przyjęte i polecane sposoby postępowania.

Według metody tej, przyjętej w krakowskiej Szkole położnych, operowano zawsze z bardzo dobrym wynikiem w przeciągu dwu ostatnich lat we wszystkich bez wyjątku przypadkach, w których było wskazanie do zmniejszenia pojemności główki. Innych sposobów nie używano. Z tego powodu tem śmielej i goręcej polecam obecnie kolegom zawodowym podany sposób postępowania, w celu dalszego wypróbowania.

III. Stopa szpotawa wrodzona.

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

Podał

Dr. H. Schramm,

docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

(Ciąg dalszy).

Od chwili, gdy dziecko zaczyna stawać, ciężar ciała, działający na stopę fałszywie ułożoną, potęguje jej zboczenie; to też u starszych z wrodzoną stopą szpotawą znajdujemy wszystkie opisane zmiany rozwinięte w wyższym stopniu. Stopa przybiera coraz bardziej położenie supinacyi i bardzo często dochodzi do tego, że już nie zewnętrzny brzeg, lecz jej grzbiet dotyka ziemi; wskutek tego powstają na skórze odciski, często nawet wytwarza się między nią a kością rodzaj torebki mazistej. Zmiany w kościach również się potęgują, szczególnie szyja kości skokowej wygina się coraz bardziej ku wewnątrz i ku dołowi, brzeg jej zewnętrzny nadmiernie się wydłuża, wewnętrzny się skraca, kość czółenkowata przesuwa się jeszcze więcej ku wewnątrz i na dół często dotyka bezpośrednio kostki wewnętrznej. Również i zmiany kości piętowej coraz się powiększają; wyrostek przedni zwraca się bardziej na wewnątrz, wyrostek piętowy skręcony około swej osi podłużnej i prawie klinowato spłaszczony. Wskutek utrudnionej ruchomości w stawach chód traci swą sprężystość, pacyent chodzi jakby na szczudłach, mięśnie podudzia zanikają, podudzie przybiera kształt walcowaty. Dla utrzymania równowagi i zyskania większej płaszczyzny oparcia musi pacyent skręcać całą kończynę mocno na wewnątrz, wskutek czego chodzenie i ruchy w stawach kolanowych są utrudnione, a poruszanie jednej kończyny przed drugą odbywa się tylko zapomocą ruchów łukowatych w stawie biodrowym. Z powodu ciągłego i prawie stałego skręcenia całej kończyny na wewnątrz tylko przednia wewnętrzna część główki kości udowej przylega i odbywa ruchy na odpowiedniej części panewki, a tylna zewnętrzna część jej powierzchni stawowej wskutek nieużywania powoli wyrodnieje; nadto wskutek ciągłego ucisku ciężaru ciała na wewnętrzną część panewki przychodzi z czasem do zwężenia miednicy. W celu przeniesienia punktu ciężkości w tył tak, aby padał między stopy, człowiek chodzący na stopach szpotawych, musi się trzymać bardzo prosto, nawet nieco w tył pochylony; miednica przybiera położenie więcej pionowe a dla wyrównania tego zboczenia wytwarza się garb z przodu (lordosis) w części lędźwiowej stosu kręgowego. Dla wytworzenia się zmian tych szczegółowo badanych i opisanych przez H. Mayera, potrzeba naturalnie długiego czasu; znajdujemy je więc u ludzi dorosłych z stopami szpotawemi. W moich przypadkach, tyczących się tylko dzieci, stwierdzić mogłem, zmiany na skórze stopy, pochodzące z ucisku, u wszystkich 20 dzieci, liczących powyżej roku, a między temi u 6 wyżej lat 3 były wybitne torebki maziste pod odciskami skóry, a tylko u 3, liczących powyżej lat 10, widoczny był zanik mięśni podudzia, szczególnie u 12 letniego chłopca z jednostronną lewą stopą szpotawą. W przypadku tym różnica między dobrze rozwiniętą łydką prawą, a cienką lewą, była bardzo uderzająca.

Rozpoznanie kliniczne stopy szpotawej nie ulega żadnej trudności i po tem, co dotychczas powiedziałem, nie potrzebuję się nad niem rozwodzić. Jedyną trudnością, jeżeli dziecko jest trochę starsze, może być rozstrzygnięcie, czy wada ta jest wrodzona, czy nabyta z powodu porażenia mięśni podudzia i stopy. Jako główne i charakterystyczne punkta rozpoznawcze uważać należy położenie kości piętowej; w przypadkach wrodzonych jest ona zbliżona do kostki zewnętrznej i pozostaje z nią w ścisłym związku; w przypadkach zaś porażennych, nabytych, kość piętowa leży dokładnie w środku między obiema kostkami, lub nawet jest od kostki zewnętrznej oddaloną; szyja kości skokowej w przypadkach wrodzonych jest zawsze mocniej ku wewnątrz wygięta, niż w nabytych, dlatego to i addukcya stopy nie jest tak wybitna, a z nią i fałd prostopadły na podeszwie mniej wyraźny, niż w przypadkach wrodzonych. Natomiast stopie szpotawej porażennej nabytej właściwem jest skurczenie palców, a zwłaszcza dużego ku podeszwie i pod palec drugi (Hoffa). Dolna część piszczela jest przy stopie szpotawej wrodzonej najczęściej skręcona ku wewnątrz i kostka zewnętrzna przesunięta ku przodowi; w nabytych bez wyjątku skręcenie to jest na zewnątrz. Wrodzona stopa szpotawa jest najczęściej obustronna, nabyta zaś najczęściej po stronie jednej; przy wrodzonej jednostronnej druga stopa

jest prawie zawsze prawidłowa, wyjątkowo tylko znajdujemy stopę koślawą lub płaską; przy nabytej połączenie to należy prawie do reguły. W przypadkach porażennej nabytej stopy szpotawej mięśnie podudzia ulegają szybko zanikowi; podudzie jest zatem mocno wychudłe, stopa chłodniejsza i sinawa; badanie prądem elektrycznym wykaże zanik pobudliwości w jednym, lub częściej w kilku mięśniach. Kończyna przy dłuższem trwaniu choroby jest krótsza w porównaniu z drugą; zmiany, których nie spotykamy przy stopie szpotawej wrodzonej. Rokowanie przy tem cierpieniu jest o tyle niekorzystne, że wada ta nie leczona nie ustępuje nigdy. Wprawdzie Young opisuje przypadek samoistnego wyleczenia się obustronnej stopy szpotawej w ciągu lat kilkunastu u murzyna (zatem rasy, u której odwrotne zboczenie, to jest stopa płaska, należy prawie do reguły), przypadek ten jednak również jak i drugi, przytoczony przez Holtza, należy do takich rzadkości, że nie można ich brać zupełnie w rachubę. Z drugiej strony jednak rokowanie w tem cierpieniu jest o tyle dobre, że przy stósownem leczeniu możemy je prawie zawsze usunąć i doprowadzić stopę do stanu prawidłowego, lub przynajmniej takiego, że chory może używać kończyny zupełnie dobrze. Rokowanie nie we wszystkich przypadkach jest jednakowe i zależy po pierwsze od czasu, w którym się leczenie zaczyna. Najlepsze jest, jeżeli dziecko poddane zostanie odpowiedniemu leczeniu zaraz, lub w pierwszych tygodniach po urodzeniu. Wprawdzie niektórzy z chirurgów, jak Volkmann i Hueter polecali, aby z leczeniem stopy szpotawej wstrzymać się, aż dziecko dojdzie do roku. Z nowszych autorów w tym przedmiocie podziela to samo zapatrywanie np. Temming, a Duval wypowiada zdanie, aby tenotomii i leczenia przyrządami nie wykonywać przed 16 miesiącami życia dziecka. Przeważna jednak część chirurgów w nowszych czasach jest zdania, że leczenie należy rozpoczynać jak tylko się przekonamy, że dziecko, które przyszło na świat z stopami szpotawemi, jest zdolne do życia. Spostrzeżenie Brodhursta, Kirmissona, Boquela, Königa, Hoffy, Wrighta, Kraussa i Nassego przekonały, że im wcześniej się leczenie rozpocznie, tem lepsze jest rokowanie, co do prędkiego i zupełnego usunięcia tego cierpienia; a opierając się na spostrzeżeniach własnych w szpitalu św. Zofii, jak i w praktyce prywatnej (razem 66 przypadków), mogę zupełnie potwierdzić zdanie Wolffa, że dla osiągnięcia tego samego wyniku u dziecka rocznego potrzeba cztery razy tak długiego czasu, jakiego wymaga leczenie dziecka 3-miesięcznego.

W 12 przypadkach z praktyki prywatnej, objąwszy leczenie w tydzień po urodzeniu się dziecka, mogłem w przeciągu 3—4 miesięcy doprowadzić stopy, nawet w wysokim stopniu szpotawe, do stałego położenia prawidłowego. U tak małych dzieci bowiem i kości i części miękkie są o wiele podatniejsze, opór ich łatwiej da się pokonać; przy ostrożnem stosowaniu odpowiedniego leczenia szkody żadnej dziecku wyrządzić nie można, a bardzo ważną jest rzeczą, aby doprowadzić stopy do prawidłowego położenia, zanim dziecko zacznie stawać, a tem bardziej chodzić; pomijając już bowiem tę okoliczność, że przez kilkanaście miesięcy życia tkanki stają się więcej oporne, to pamiętać należy, że od chwili, gdy dziecko zaczyna stawać, ciężar ciała, działający na wadliwie ustawione stopy, powiększa ich zniekształtnienie, a następowe usunięcie tego musi się stać o wiele trudniejsze. Zasada więc, aby dziecko urodzone z stopą szpotawą jak najwcześniej poddać leczeniu, powinna zyskać jak najogólniejsze rozszerzenie; obecnie jeszcze bowiem zbyt często zdarzały mi się przypadki, w których rodzice dziecka utrzymywali, iż z porady nawet lekarskiej zwlekali z leczeniem, aż dziecko więcej się rozwinie i wzmocni.

Drugim czynnikiem, wpływającym na rokowanie przy stopie szpotawej wrodzonej, jeżeli już nie co do wyniku leczenia, to przynajmniej co do czasu jego trwania, jest sama postać stopy szpotawej. Nie ulega bowiem wątpliwości, że różne przypadki, nawet w tym samym okresie życia dziecka w leczenie objęte, są przecie różnie oporne na zabiegi lecznicze. W jednych zboczenie stopy daje się łatwo wyrównać i stopę w prawidłowem położeniu utrzymać; w innych, by doprowadzić do tego samego wyniku, trzeba i więcej czasu i ważniejszych zabiegów i nawrót łatwiej następuje. Hartley rozróżnia 3 stopnie stopy szpotawej według tego, czy zboczenie daje się łatwo usunąć siłą ręki, czy udaje się to tylko z trudnością, czy wreszcie, w 3. stopniu, jest całkiem niemożebne. Według mego doświadczenia na rokowanie wpływa obok mniej lub więcej wybitnej addukcyi i supinacyi, także większy lub mniejszy stopień skręcenia dolnej części piszczela na wewnątrz, gdyż to zboczenie właśnie powoduje, że stopy, nawet po doprowadzeniu ich do kształtu prawidłowego, zachowują dążność do skręcania się na wewnątrz, co znów ułatwia powrót cierpienia i zmusza do długiego noszenia przyrządów ortopedycznych.

W każdym razie pamiętać o tem należy i uprzedzić rodziców dziecka z góry, że leczenie stopy szpotawej rozciągać się musi na miesiące, że zawczesne przerwanie leczenia pociąga za sobą prawie zawsze powrót choroby. Z tego też powodu na rokowanie wpływa także po części i społeczne położenie rodziców; u ludzi biednych, nie mających środków, czasu, a często i inteligencyi dosyć, by wytrwać w leczeniu dziecka, wyniki są gorsze; przekonuję się o tem sam, porównując ostateczne wyniki leczenia w przypadkach szpitalnych i w przypadkach z praktyki prywatnej. W pierwszych, na 50 leczonych dzieci, mogłem się po wielu trudach dowiedzieć o ostatecznym wyniku, t. j. po upływie 2—10 lat po wyjściu ze szpitala, o stanie nóg leczonych u 28 dzieci. Badanie to wykazało niestety, że u 13 z nich, prawie 50%, wystąpił nawrót zawsze i jedynie z powodu zawczesnego zaprzestania leczenia, a względnie nie zgłoszenia się ponownego do szpitala, w chwili, gdy usunięte zboczenie zaczęło się znów pojawiać.

W 16 przypadkach z praktyki prywatnej ostateczne wyniki były, z wyjątkiem jednego, bardzo dobre. Dzieci te, liczące obecnie już po 3, względnie 15 lat, zatem po upływie 2, względnie 10 lat po leczeniu, wszystkie oglądałem albo sam, albo dowiadywałem się o nie listownie. U 10 stwierdzono nogi prawie zupełnie prawidłowe, u 6 istnieje mały stopień addukcyi, nie przeszkadzający do chodzenia. Jedyny wyjątek stanowi dziewczynka, wówczas 8-letnia, u której, z powodu wysokiego stopnia stopy szpotawej, wykonałem w roku 1887 obustronnie wyjęcie kości skokowej. Pozostawała ona w mojem leczeniu przez pół roku; stopy, mimo operacyi, były jeszcze nieco w położeniu addukcyi, chodzenie jednak w przyrządach było wcale dobre. Potem dziecko znikło mi z oczu. Na zapytanie moje o stan nóg dziecka przed rokiem, zatem w 10 lat po operacyi, donieśli mi ro-

dzice, że cierpienie wróciło prawie do pierwotnego stanu, a chód jest bolesny i mozolny.

Za wyleczone uważam te przypadki, w których, zgodnie z zapatrywaniem Hoffy i Nassego, kształt stopy, z wyjątkiem może nieznacznego skrócenia, był zupełnie prawidłowy, w których dziecko staje na podłodze całą podeszwą tak, że odcisk stopy na okopconym papierze nie różni się prawie od odcisku stopy dziecka prawidłowego tego samego wieku, w których stopa, pozostawiona bez żadnego podparcia, pozostaje w pronacyi, w których dziecko jest w stanie samowolnie przechylić ją z supinacyi w pronacyę na dowód, że i mięśnie nawrotne prawidłowo działają, wreszcie w których dziecko jest w stanie zgiąć stopę do kąta prostego, może stanąć na końcach palców i przykucnąć, podczas gdy stopy dotykają ziemi całą podeszwą. *(Figura 5).*



(Fig. 5).

Leczenie stopy szpotawej wrodzonej wymaga wiele cierpliwości tak ze strony lekarza, jak i rodziców dziecka, jeżeli ma doprowadzić do pomyślnego wyniku; lekarz, obejmujący takie dziecko w swą opiekę, powinien uprzedzić rodziców, że zawczesne przerwanie leczenia spowoduje na pewne powrót zboczenia, a cały poprzedni trud i mozół będzie stracony. Na odwrót: lekarz powinien sobie wziąść za zadanie, aby małego pacyenta nie tracił z oka i mimo udzielenia dokładnych wskazówek rodzicom co do dalszego postępowania lub względnie dalszego zakładania przyrządów, odwiedzał go często, by zawczasu poprawić braki i usterki w postępowaniu, często wynikające ze źle zrozumianej czułości rodziców dla dziecka.

Już poprzednio powiedziałem, że leczenie dziecka urodzonego z stopą szpotawą jedno- lub obustronną, a nie przedstawiającego żadnych innych zmian, któreby je czyniły niezdolnem do życia, powinno się rozpocząć jak najwcześniej, zatem choćby na drugi dzień po urodzeniu. Leczenie w tak wczesnym okresie polega na naprowadzaniu stopy z położenia nieprawidłowego w prawidłowe przez odpowiedni ucisk palcami. Sposób tego postępowania uwidoczniony na załączonej rycinie (z dzieła Hoffy).

Jedną ręką chwytamy przednią część stopy, drugą obejmujemy piętę i podudzie, przyciskając dużymi palcami obu rąk na najwięcej wystającą część grzbietu stopy, a więc zwyczajnie na wygiętą szyję kości skokowej i staramy się przeprowadzić stopę z addukcyi i równocześnie z supinacyi w abdukcyę i pronacyę; następnie chwyta się ręką podudzie, a dłonią drugą, ułożoną na płask, podeszwę stopy, staramy się znieść zgięcie podeszwowe i podnieść stopę tak, aby z podudziem tworzyła kąt ostry, lub przynajmniej na razie kąt prosty. W niektórych przypadkach doprowadzanie stopy do położenia prawidłowego udaje się prawie bez żadnego trudu; w innych napotykamy przy tem nawet u noworodka na znaczne trudności. W przypadkach takich nie trzeba naraz zbyt forsować, aby przez użycie za wielkiej siły nie uszkodzić delikatnych tkanek dzieciny. Na razie zadowolnić się należy taką poprawą położenia stopy, jaka bez wielkiego natężenia da się osiągnąć. Tak w jednym jak i w drugim przypadku takie prostowanie nóżki dziecka należy powtarzać kilka razy dziennie, starając się w przypadkach ciężkich, by za każdym razem przynajmniej trochę więcej zbliżyć położenie stopy do prawidłowego stanu. W ten sposób postępujemy przez kilka lub kilkanaście dni, poczem przejść można do ustalenia stopy w poprawionem położeniu zapomocą różnych przyrządów i opatrunków. Najprostszym z nich jest pasek przylepca kauczukowego, szeroki na $1\frac{1}{2}$ cnt., długi na 15—20 cnt. Pasek ten przylepia się jednym końcem na grzbiecie stopy nieco powyżej 4 palca, prowadzi się go przez grzbiet stopy naokoło podstawy palca dużego, przez podeszwę. Następnie przez naciąganie paska i ucisk palcami drugiej ręki doprowadzamy stopę do położenia prawidłowego, a nawet może więcej niż prawidłowego, t. j. tak, aby stopa stała w pronacyi, abdukcyi i zgięciu grzbietowem i teraz przylepia się resztę paska wzdłuż zewnętrznej powierzchni podudzia i zawija się stopę i podudzie miękką przepaską. Tak założony opatrunek utrzymuje stopę w należytem położeniu przez kilkanaście godzin. Następnego dnia należy opatrunek zdjąć, nóżkę wymasować, dziecko wykąpać, a po kąpieli założyć znów taki sam opatrunek. Z doświadczenia mego mogę powiedzieć, że plaster kauczukowy, tym sposobem zastósowany, nawet u 2—3 tygodniowych dzieci nie drażni skóry i można go stósować przez czas długi. Gdyby jednak z jakich bądź powodów sposobu tego nie dało się użyć, natenczas można go zastąpić szynami różnego gatunku. Adams stósował szynę prostą, ułożoną na zewnętrznej stronie podudzia, sięgającą od kolan na kilka centym. powyżej palców i do szyny tej przyciągał stopę zapomocą opasek (patrz *(Figura 6)*. Sposób ten ma tę ujemną stronę, iż przy jego stósowaniu można tylko bardzo mało działać na zniesienie supinacyi i zgięcia podeszwowego. Odpowiedniejszą wydaje mi się szyna Königa. Z plastycznego filcu, nie bardzo grubego, wycina się formę według wzoru, kończynę dziecka owija się dość grubą opaską flanelową, a rozmiękczywszy przygotowaną formę przez zanurzenie w gorącej wodzie, lub, co lepiej, w cieple suchem, przystosowuje się do sprostowanej nóżki dziecka. Załączona rycina *(Fig. 7)* posłużyć może najlepiej jako objaśnienie sposobu przygotowania i zakładania tej szyny. Jeszcze prostszą jest a równie dobre usługi oddaje szyna Köllikera. W celu sporządzenia jej potrzebny jest pasek gutaperkowy, szeroki na 4, długi na 20—25 cnt. Pasek ten rozmiękcza się w ciepłej wodzie i modeluje się na stopie (którą asystent utrzymuje w położeniu mocno sprostowanem), układając go tak, jak to podałem wyżej przy opisie opatrunku plastrowego i, dopóki



(Fig. 6).

jeszcze jest miękki, przytwierdza się go do stopy zapomocą opaski. Stopę należy tak długo trzymać rękami w położeniu sprostowanem, dopóki gutaperka zupełnie nie stwardnieje, poczem opatrunek się zdejmuje, a uzyskany z gutaperki model służy jako wzór na szynę z blachy stalowej; szynę tę wyłożyć trzeba grubo miękkim filcem. Zakłada się ją w ten



(Fig. 7).

sposób, że najpierw wsuwa się stopę dziecka w kabłąk szyny, a przez następowe przyciąganie jej pionowej części do podudzia naprowadza się stopę do takiego położenia, w jakiem znajdowała się w chwili formowania modela szyny. Zamiast tej szyny, której sporządzenie wymaga dużo zachodu, używałem w moim szpitalu z dobrym skutkiem szyny podobnej, lecz zrobionej z celulozy grubej na 3—4 milim. Pasek z takiego materyału, zanurzony w wrzącej wodzie, staje się zupełnie plastyczny, da się bardzo dobrze przystósować do nogi, którą założony poprzednio opatrunek plastrowy utrzymuje w żądanem położeniu, a po stwardnieniu służy wprost jako szyna, jest bowiem dość twardy, nie poddaje się pod naciskiem stopy dziecka, a przytem tak gładki, że nie potrzebuje, prócz warstwy opaski z cienkiej flaneli, żadnego innego wyścielania, da się więc czysto utrzymać i naturalnie nie nasiąka moczem, rzecz dla dzieci małych także wielkiej wagi. Podobnie działa także szyna podana przez Beelyego, którą z korzyścią stósowałem kilkanaście razy u dzieci co-



(Fig. 8).

kolwiek starszych, od 6 do 10 miesięcy liczących. Szyna ta składa się z części podeszwowej, opatrzonej po swej stronie wewnętrznej wystającemi pod kątem prostym nasadkami, które mają służyć jako podpora dla palca dużego i pięty i połączona z silną lecz nieco giętką szyną stalową, biegnącą po zewnętrznej stronie podudzia. Do części stopowej szyny przymocowuje się stopę dziecka zapomocą opaski lub pasków przylepca i ustala się ją w żądanem położeniu przez przyciągnięcie odpowiednich śrub. W celu łatwiejszego zgięcia stopy jest szyna ta lekko zgięta w kolanie, służyć zatem może tylko wtedy, gdy dziecko nie chodzi. Tak kształt szyny, jak i sposób zakładania, najlepiej objaśnia załączony rysunek *(Fig. 8)*.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Lubarsch: **Nowsze przyczynki do nauki o zapaleniu.** *(Dts. med. Woch.* 1898. 32. 33. 34. 35).

Jak w wielu innych działach, tak i w nauce o zapaleniu po długim okresie, w którym nie poruszano dawno uznanych pewników, nastał obecnie okres ponownych sporów o zagadnienia, które uważano już za rozstrzygnięte. Ani jedna z zasad teoryi Cohnheima nie pozostała nietkniętą, a zawzięta walka toczy się obecnie głównie co do 3 zagadnień: 1) pochodzenie komórek w obrzęku zapalnym, 2) powstawanie błon rzekomych w zapaleniach włóknikowych i błonicowatych, 3) udział komórek wędrujących w organizacyi produktów zapalnych.

Zapatrywanie Cohnheima, że komórki wnikające w obręb zapalny są to wyłącznie ciałka białe, stanowczo dziś, zdaniem L., obalono; pod tym względem zgadzają się mniej więcej wszyscy badacze, niektórzy tylko, jak Weigert i Marchand, pragną rozmnażanie się komórek stałych oddzielić stanowczo od właściwych spraw zapalnych. W wypocinie zapalnej znajdują się: 1) uszkodzone i oddzielone (złuszczone) komórki stałe, 2) ciałka białe i komórki wędrujące, 3) młode (nowowytworzone) komórki, pochodzące z komórek stałych. Obecność komórek stałych stwierdzono oddawna w zapaleniach błon śluzowych (złuszczone przybłonki); niedawno Borst i Cornil wykazali, że to samo dzieje się w zapaleniach błon surowiczych: śródbłonki po części obumierają i łuszczą się, po części uwalniają się, dostają do wypociny i tam mnożą przez podział bezpośredni. Obok tego jednak, jak stwierdza L., wnikają w obręb zapalny i do wypociny zawsze w mniejszej lub większej ilości ciałka białe. Grawitz usiłował w ostatnich czasach, jeśli nie zupełnie zaprzeczyć udziału ciałek białych w zapaleniu, to przynajmniej zmniejszyć jego znaczenie do ostatecznych granic; opierał się on przytem na doświadczalnem zapaleniu rogówki, zwłaszcza na wszczepianiu cząstek rogówki królików do worka chłonnego żab. W rogówkach takich pojawiały się igiełkowate twory komórkowe, które Grawitz uważał za budzące się *„Schlummerzellen“*, w zwykłych warunkach niewidoczne, a nabierające życia i mnożące się dopiero pod wpływem bodźców zapalnych. Aby udowodnić, że Grawitzowskie igiełkowate twory („Spiesse“) wcale nie pochodzą z samej tkaniny rogówkowej, zabijał Senftleben cząstki rogówki ogrzaniem przez 5 minut do 50° C. i wszczepiał je do otrzewnej królików, a skoro i w tych warunkach owe twory igiełkowate się pojawiały, wnosił, że muszą one pochodzić z komórek, wnikających z otoczenia. Grawitz sam stwierdził, że tak dzieje się w rogówkach, krótko ogrzewanych lub spłukanych cienkimi rozczynami środków przeciwgnilnych; ponieważ jednak po dłuższem ogrzewaniu lub po użyciu zgęszczonego sublimatu i t. p. zjawisko to nie występowało, przeto twierdził Grawitz, że tkanka rogówki w doświadczeniach Senftlebena nie zupełnie jeszcze była zabitą, że więc wnioski jego są bezpodstawne. Wówczas Saxer, Orth, Lange i sam L. udowodnili, że różnice te nie zależą od tego, czy rogówka jeszcze

żyje lub nie, lecz od zmiany w jej porowatości, którą wyższa ciepłota i silniejsze rozczyny sublimatu i t. d, zupełnie znosi, stawiając w ten sposób nieprzezwyciężoną przeszkodę dla wnikania komórek z otoczenia. W szczególności wykazuje L. zapomocą bardzo urozmaiconych doświadczeń, że rogówki, wyjęte ze zwierząt nieżywych, ogrzewane i opłukane cienkimi rozczynami środków przeciwgnilnych, są stanowczo zabite, wbrew temu, co twierdzi Grawitz; że nawet w takich rogówkach, które sam Grawitz uważa za stanowczo obumarłe, można w pewnych warunkach wywołać powstawanie igiełkowatych tworów komórkowych; że utrudniając w odpowiedni sposób wędrówkę komórek, nie otrzymuje się nawet w zupełnie świeżych i nieuszkodzonych rogówkach, zaszczepionych do worka chłonnego żab, ani śladu tworów igiełkowatych. Wynika z tego, że pojawiające się w doświadczalnem zapaleniu rogówki igiełkowate twory należy odnosić przynajmniej w największej części do wnikania komórek wędrujących, nie zaś do podziału lub tworzenia się komórek z samej tkaniny rogówki. Nie znaczy to, aby te komórki wędrujące były wyłącznie ciałkami białemi; mogą one również zawdzięczać swój początek podziałowi komórek stałych, tkanin otaczających ognisko zapalne. W każdym razie jednakże w bardzo wielu zapaleniach na pierwszym planie stoi wnikanie komórek wędrujących z krwi i tkanin.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

R. Kreutz. **Bakteryologia zapalenia miedniczek nerkowych.** *(W. klin. Woch.* 41. 1898.) Autor przytacza przypadek zapalenia miedniczek nerkowych z obfitem wydzielaniem moczu (polyuria), spostrzegany na oddziale Doc. Schnitzlera. W osadzie moczu znalazł K. w ciałkach ropy i poza niemi prątki, nieróżniące się niczem (nawet w hodowlach) od prątków, cechujących grypę (Pfeiffer). Niedostateczne wywiady i przebieg kliniczny nie wyjaśniają, czy znalezione drobnoustroje były przyczyną choroby, na co autor również nie odważa się odpowiedzieć; ogłasza jednak niniejszy przypadek dla zwrócenia uwagi i w celu pobudzenia do dalszych poszukiwań. *F. K.*

Chantemesse i Ramond. **Nagminne porażenie wstępujące u obłąkanych, przypominające beriberi.** *(Annales de l' Institut Pasteur.* 9. 1898.) Od maja do października 1897 panowała w zakładzie obłąkanych w Sainte-Gemmes-sur-Loire nieznana, lub przynajmniej mało dotąd znana choroba nagminna, na którą zapadło 150, a zmarło około 40 stałych mieszkańców zakładu. Pierwszym jej objawem był twardy, nieustępujący pod palcem obrzęk tkanki podskórnej, posuwający się od stóp coraz dalej ku górze; równocześnie pojawiało się znaczne przyspieszenie i niemiarowość tętna bez widocznej gorączki, nudności, wymioty bez utraty łaknienia, bóle w krzyżach i t. d., a chorzy, chociaż mogli jeszcze stać i chodzić, objawiali pewien bezład ruchów kończyn dolnych; odruchy ścięgniste słabły. Na odkrytych częściach ciała pojawiało się brunatne zabarwienie skóry. Jeżeli w tym okresie nie następowało polepszenie, prowadzące do wyzdrowienia, wówczas mniejwięcej szybko rozwijały się porażenia kończyn dolnych, zniesienie odruchów kolanowych, później porażenie zwieraczów, kończyn górnych, wreszcie przepony i śmierć wśród objawów opuszkowych. W parze z porażeniami szły rozległe i znaczne zaniki mięśni, dotyczące głównie mm. wyprostnych, połączone z bólami samoistnymi i za uciskiem, zaburzenia czucia w postaci znieczuleń lub przeczulicy, zaburzenia naczynioruchowe. Dno oka pozostawało prawidłowe. Na grzbiecie rąk występowały zmiany, przypominające żywo pellagrę. Jednakże choroba spostrzegana przez Ch. i R. nie jest pellagrą, brak jej bowiem zarówno właściwej etyologii jak znamiennych zmian umysłowych (stan umysłowy dotkniętych nie obłąkanych wcale się nie zmieniał), wzmożenia odruchów ścięgnistych i t. d.; nie jest również akrodynią, która wystąpiła w Paryżu nagminnie w r. 1828, a która przedstawia wprawdzie wiele podobnych, lecz zupełnie inaczej ugrupowanych objawów. Natomiast przypomina choroba, opisana przez Ch. i R. żywo podobną zarazę, panującą w tym samym zakładzie w r. 1855 — 1865, oraz cierpienie, które zdziesiątkowało ludność zakładów obłąkanych w Dublinie w latach 1894, 1896 i 1897, oraz w Tusculoosa w Ameryce w r. 1896. Wszystkie zaś te zarazy posiadają nadzwyczaj wiele wspólnych cech z „beriberi“, zabójczą zarazą dalekiego wschodu, polegającą anatomicznie na rozsianem zapaleniu nerwów obwodowych. Ch. i R. przekonali się, że i w Saint.-Gemmes także właśnie rozsiane zapalenie nerwów było częścią anatomicznego tła objawów chorobowych; obok tego jednak znaleźli oni zmiany w komórkach rogów przednich rdzenia w postaci rozmaitego rodzaju zwyrodnień protoplazmy komórkowej i jądra. Oprócz tego znajdowano przy sekcyi stale obrzęk ostry śledziony. — Z przebiegu klinicznego i obrazu sekcyjnego wnosząc, należało uważać sprawę chorobową, spostrzeganą przez Ch. i R. za zakaźną i zaraźliwą; istotnie badanie bakteryologiczne wykryło w krwi i narządach wewnętrznych zmarłych na tę chorobę, stałą obecność krótkich przeważnie, rzadko dłuższych (4-8 u) prątków, odbarwiających się sposobem Grama, rosnących łatwo na zwykłych pożywkach, rozpuszczających żelatynę, ścinających szybko mleko i t. d. Obok tego znalazły się w zwłokach duże paciorkowce, barwiące się sposobem Grama, chorobotwórcze wprawdzie dla zwierząt, lecz nie wywołujące nigdy objawów nerwowych; natomiast wykryte prątki wytwarzały u zwierząt dokładnie tensam obraz porażenia wstępującego, jaki spostrzegano u ludzi; po śmierci nie znajdowano wprawdzie u tych zwierząt zmian w nerwach obwodowych, lecz istniały bardzo wybitne zmiany w komórkach istoty szarej rdzenia; tosamo działanie wywierały oddzielone jady tych prątków. Droga, jaką prątki te dostają się do ustroju i przyczyna wybuchu choroby, którą dotknięci byli tylko obłąkani, a nikt ze służby, jest ciemną; może być, że prątki dostają się do ustroju z wodą, ale wywierają wtedy tylko szkodliwe działanie, gdy ustrój wskutek złego żywienia mniej jest na zgubne wpływy odporny. Podobnie rzecz się ma i w beriberi, które zwykle oszczędza dobrze żywiących się białych, a dziesiątkuje ludność kolorową, żyjącą w złych warunkach higienicznych; podobne zjawisko spostrzega się również w epidemiach duru osutkowego. Ogólne przepisy higieniczne, w szczególności dobre pożywienie, zapobiedz mogą dostatecznie wybuchom choroby, podobnej do opisanej przez Ch. i R.; wobec prawdopodobieństwa, że choroba jest zaraźliwą, należy chorych odosobnić i dbać o dokładne przeprowadzenie odkażania. Odpowiedniego leczenia dotąd nie znamy. *Doc. Ciechanowski*

Rothberger: **Rozpoznawanie drobnoustrojów zapomocą barwnych pożywek.** *(Ctblt. f. Bact.* XXIV. 14. 1898). Oddziaływanie rozmaitych drobnoustrojów na pożywki, za. barwione różnemi barwami, dotychczas mało zbadane, możposłużyć z jednej strony do lepszego określenia biologicznyce własności poszczególnych gatunków bakteryj, z drugiej zah do bardzo nieraz ważnego rozpoznania różniczkowego. Rś zapowiadając cały szereg doświadczeń, zawiadamia na razie o rozróżnianiu prątka durowego od prątka okrężnicowego (bact. coli) zapomocą szczepienia na agarze, który zabarwiono tzw. „Neutralroth“ lub też safraniną. Czerwień obojętna („Neutralroth“) w rozczynie zgęszczonym ma kolor brunatnoczerwony, prześwieca i nie okazuje fluorescencyi; hodowla durowa nie zmienia tych własności barwika w dobę po zaszczepieniu; natomiast pod wpływem prątka okrężnicowego barwik po upływie tego czasu blednie i nabywa bardzo silnej fluorescencyi. — Te znamienne różnice stwierdził R. na 4 hodowlach prątka durowego i 20 okrężnicowego rozmaitego pochodzenia. Odczyn z czerwienią obojętną jest dla prątka okrężnicowego swoistym; nie dają go bowiem nie tylko prątek durowy, ale również żaden z ważniejszych drobnoustrojów chorobotwórczych, (jako to: gronkowce,

przecinkowiec cholery i jego pokrewne, prątek twardzieli, błoniczy i t. d.) — Odczyn Rothbergera nie da się zastosować bezpośrednio do badania kału durowego, gdyż występuje zawsze w każdym kale, w którym znajduje się prątek okrężnicowy i nie zaciera się nawet wówczas, gdy ilość prątka durowego sześciokrotnie przeważa nad ilością prątka okrężnicowego. — Na safraninę wpływa prątek okrężnicowy redukująco, przyczem ją odbarwia; odczyn ten, nie pojawiający się wobec prątka durowego, nie jest jednak dla prątka okrężnicowego swoistym, ponieważ daja go także prątek Friedlaendera i prątek twardzieli. *Doc. Ciechanowski.*

Dr. A. Koppen (Norden) **Bologninyego objaw odry.** *(Centralblatt für innere Medicin* Nr. 26 1898). Ułożywszy na brzuchu chorego dłonie napłask, z nienapiętymi mięśniami brzusznymi i wykonując końcami palców lekki na niego ucisk, otrzymamy wrażenie trzeszczenia, jak przy odmie skórnej, powstałe wskutek silnego wypełnienia jelit gazami, Objaw ten, występujący przed okazaniem się wysypki odrowej, jest w związku z nierzadko występującemi biegunkami w przebiegu tej choroby. *Dr. Bolesław Komorowski.*

Fürstner: **Odpowiedzialność osób histerycznych.** (Doroczny zjazd psychiatrów niemieckich w Bonn 16/9 98, *Münch. med. Woch.* 98. 40). Osoby histeryczne dopuszczają się, z czynów karygodnych, najczęściej kradzieży, w połączeniu z oszustwem, fałszywem świadczeniem i t. d.; czynnikami usposobiającymi są alkoholizm, okres pokwitania i miesiączkowanie. Z histerycznych zaburzeń umysłowych wiąże się pewna gromada mniej lub więcej ściśle z napadami histerycznymi, przyczem zaburzenie świadomości może rozmaitych dochodzić stopni. Stany takie wyzwalają się pod wpływem rozmaitych czynników zewnętrznych, niekiedy wskutek pewnego rodzaju samopoddawania, co nie znaczy jednak, aby je chory mógł wywoływać dowolnie. — W czasie, rzadkich zresztą, psychicznych zwiastunów napadu zdarzać się mogą czynności automatyczne, nawet karygodne; spotyka się wówcza niekiedy częściową amnezyę. W ocenie takich przypadków ważną rolę odgrywa zbadanie stanu świadomości i t. d. Najczęściej zniesioną bywa odpowiedzialność histeryków, wskutek zaburzeń umysłowych ponapadowych; w przebiegu tych zaburzeń waha się stopień świadomości bardzo znacznie tak, że chwilami napozór pełna świadomość się pojawia, a wówczas chorzy mieszają w swoich opowiadaniach w nader napozór logicznym związku chorobowe urojenia z rzeczywistemi zdarzeniami. Tego rodzaju lżejsze zboczenia, które przed czynem karygodnym się przydarzały, mogą nawet ujść uwagi lekarza. Nie bez znaczenia są stany somnambuliczne, dalej równoważniki psychiczne napadów histerycznych z zamroczeniem świadomości

Wykazanie zwykłych napadów histerycznych, a tem bardziej „usposobienia histerycznego“ i właściwych histeryj zmian somatycznych, nietylko nie wystarcza do udowodnienia, że chorzy są nieodpowiedzialni, ale nie stanowi nawet „okoliczności łagodzących“. Zresztą te objawy mogą nieraz nie istnieć w czasie czynu i pojawiać się dopiero po uwięzieniu i naodwrót Dalsza trudność w stwierdzeniu faktów stanowi skłonność histerycznych do kłamstwa (chorobliwego); należy ją przytem odróżnić od kłamstw, popełnionych z całą świadomością. Czasem odgrywa tu rolę także brak etyczny, powstały w rozwoju histerycznej psychozy, lub nawet wrodzony; w takim razie należy bacznie śledzić, czy nie ma braków intelektualnych, których znalezienie oczywiście znacznie zmniejsza lub całkowicie znosi poczytalność i odpowiedzialność chorych.

Dla badania odpowiedzialności histerycznych nie można podać żadnych zasad ogólnych; orzeczenie musi zależeć od danego przypadku. Wobec trudności przeprowadzenia odpowiedniego dowodu trzeba zresztą nieraz ograniczyć się do podkreślenia jedynie tylko okoliczności łagodzących, pomimo, że się jest głęboko przekonanym o wpływie chorobowych psychicznych czynników przy popełnieniu karygodnego czynu. *Doc. Ciechanowski.*

Knöspel L.: **O podanym przez Koplika wczesnym objawie odry.** *(Prager Medic. Wochenschrift* NN. 41, 42, 1898). Zbytecznem jest dowodzić ważności rozpoznania odry w okresie wczesnym, t. j. wtedy gdy oddzielenie chorych zapobiegnąć może jeszcze rozszerzeniu się tej choroby zakaźnej. Do niedawna nieznaliśmy takiego objawu wczesnego, na podstawie którego możnaby odrę na pewne rozpoznać; ostatnimi czasy dopiero podał Koplik taki objaw, polegający na obecności białawo niebieskawych wyniosłości, wielkości 2—3 mm., w środku czerwonych plamek, pojawiających się na błonie śluzowej wewnętrznej strony policzka warg i dziąseł. Plamki te pojawiają się kilka dni przed wystąpieniem wysypki odrowej, giną około drugiego dnia po jej wystąpieniu, a najwyraźniejsze są 24 godzin przed pojawieniem się wysypki. Badania Kn. co do tego objawu są zupełnie zgodne z pierwotnem podaniem Koplika; u 20 dzieci, przyjętych do kliniki przed pojawieniem się wysypki, stwierdzono zawsze (najwcześniej 4 dni) owe charakterystyczne plamy. Stwierdzono też owe plamki u 43 dzieci polikliniki, a w znacznej części przypadków, o ile tylko chorzy zgłaszali się, stwierdzono później odrę. Przy pomocy tego objawu mógł K. rozpoznać odrę wczas u dziecka, które przyniesione na oddział z objawami płonicy rzeczywiście kilka dni później na odrę zapadło. Na podstawie własnego doświadczenia uważa K. plamy Koplika za najpewniejszy z wczesnych objawów odry, przy pomocy którego możemy kilka dni przed pojawieniem się wysypki odrę rozpoznać lub wykluczyć, nawet w przebiegu nieprawidłowym, lub wobec zakażenia dwoma chorobami zakaźnemi wysypkowemi.

Doc. Dr. Raczyński

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 7-go listopada 1898 r.

Przewodniczący kol. prezes prof. dr. Jakubowski. Obecnych 38 członk.

Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes przedstawia następujący wniosek Komitetu.

„Tow. lek. krak. wybiera do komisyi, mającej się zająć wmurowaniem tablicy pamiątkowej dla śp. Prof. Dra Alfreda Obalińskiego, kol. Trzebickyego i Rutkowskiego, którzy wspólnie z delegatami Wydziału lekarskiego zajmą się zbieraniem składek, ogłaszając odezwę w *Przeglądzie Lekarskim*. (Uchwalono jednogłośnie).

Do komisyi wyborczej na rok bieżący wybrani zostali następujący koledzy: Jako przewodniczący: kol. Prof. Dr. Przemysław Pieniążek. Jako członkowie: Koll.: Braun, Bujwid, Cercha, Ciechanowski, Domański, Filipkiewicz, Gertler, Grażyński, Korczyński Lud., Krokiewicz, Kwiatkowski, Lewkowicz, Łazarski. Łepkowski, Marcisiewicz, Murdzieński, Ponikło, Reiss. Rosner, Schöngut, Sroczyński, Surzycki, Świtalski, Wachholz.

Następnie uchwalono jednogłośnie następujący wniosek Komitetu:

»Tow. lek. krak. upoważnia swego prezesa, by wspólnie z reprezentantem Tow. przyrodników im. Kopernika, jako mężowie zaufania, poczynili przygotowawcze kroki celem zawiązania komitetu gospodarczego na przyszły Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie«.

Następnie kol. Kaczkowski objaśniał przyrząd Röntgena, nabyty przez klinikę chirurgiczną od firmy: *Reiniger, Gebert i Schall z Erlangen*, i przedstawił chorych z ciałami obcemi, ze zmianami w kościach i stawach, oraz obfity zbiór röntgenogramów przez siebie wykonanych, przyczem objaśniał sposoby umiejscawiania ciał obcych, znaczenie röntgenoskopii dla rozpoznawania złamań, zwichnięć, wad rozwojowych i spraw we wnętrzu kości się toczących, oraz dla kontroli zabiegów, zakładania ustalających opatrunków, resekcyi i osteotomii, wreszcie dla leczenia. Pod koniec wspomniał o działaniu fizyologicznem promieni Röntgena na ustrój i o teoryach działanie to tłómaczących.

Wykład kol. Rutkowskiego: »O niedrożności jelit mechanicznej« odłożono dla spóźnionej pory do następnego posiedzenia

Dr. Xawery Gorski,
sekr. doroczny.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 15 grudnia 1898 r.

* Towarzystwo lekarskie krak. odbyło dnia 8 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którem, po oddaniu czci śp. Janowi Harajewiczowi, odbył się odczyt Dra chemii A. Wróblewskiego: «O mleku niewieściem i krowiem w świetle nowszych badań chemicznych». W rozprawach zabierali głos kol.: Raczyński, Bujwid, Bier, Seńkowski, Gertler i prelegent.

(P.) Na posiedzeniu naukowem lekarzy szpitala św. Łazarza w d. 9 b.m., odbytem pod przewodnictwem Dyrektora szpitala

1) Dr. Boczar przedstawił kilka godnych uwagi przypadków z kliniki chorób skórnych i wenerycznych;

2) Dr. Hirsch przedstawił kilku chorych z gruźlicą stawów, leczonych wstrzykiwaniem metodycznem zawiesiny jodoformowej;

3) Dr. Sołtysik przedstawił chorego, operowanego z powodu wola przy znieczuleniu sposobem Schleicha;

4) Dr. Dziewoński przedstawił chorego, u którego po zmiażdżeniu podudzia prawego, przy postępowaniu zachowawczem, uzyskano znakomite wyniki;

5) Dr Dika przedstawił przypadki raka, leczone wstrzykiwaniem formaliny;

6) Dr. Wachtel, przedstawił przyrząd Bengego do znieczulania za pomocą anestylu.

* Dnia 6 grudnia przypadła 75-ta rocznica urodzin prof. Włodzimierza Brodowskiego. Prezes Tow. lek. krak w imieniu Towarzystwa przesłał czcigodnemu Jubilatowi wyrazy najserdeczniejszych życzeń.

* W grudniowym zeszycie «Przeglądu Weterynarskiego» znajdujemy rezygnacyę naczelnego redaktora tego czasopisma, profesora i redaktora c. k. Akademii weterynaryi we Lwowie, Dra Szpilmana. Nie ulega wątpliwości, że znakomicie redagowany ten miesięcznik zawdzięcza powodzenie swe ustępującemu redaktorowi; ubytek więc tej głównej siły jest dotkliwą stratą dla wydawnictwa. Ufać jednak należy, że dźwignięty i kierowany przez lat 13 ręką ustępującego redaktora, zachowa «Przegląd Weterynarski» jego życzliwość i że prof. Szpilman zatrzyma zwierzchni ster nad udałem dziełem długoletniej swej pracy.

* Stopień doktora wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiel. otrzymali: Kazimierz Bocheński i Stanisław Anatol Lewicki.

* Wydział krajowy osobnym dekretem wyraził sekundaryuszowi szpitala św. Łazarza, Dr. Adamowi Ackermanowi, opuszczającemu służbę szpitalną z powodu zamianowania go asystentem kliniki położniczo-ginekologicznej we Lwowie „zupełne uznanie za gorliwe, skuteczne i z korzyścią dla szpitala pełnienie służby sekundaryusza“.

* Dnia 3 b. m. obchodził prof. M. Pettenkofer w Monachium 80-tą rocznicę urodzin.

* Rada sanitarna egipskich wybrzeży morskich rozpisała konkurs na posadę lekarza do nadzoru sanitarnego i służby desinfekcyjnej w Suez u Źródeł Mojżesza. Roczna płaca wynosi 8000 fr. z widokami stopniowego zwiększania się do 12000 fr. Podania wnieść należy do d. 6 stycznia 1899 r. pod adresem «Prezydyum Rady sanitarnej wybrzeży morskich i kwarantany w Egipcie». Wymagane są dyplom Doktora medycyny, świadectwo praktycznych zajęć w zakresie bakteryologii, świadectwo samodzielnego doświadczenia w zakresie epidemiologii, zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia ubiegającego się, wreszcie deklaracya, że w razie nominacyi ubiegający się o posadę obejmie ją w ciągu miesiąca. (*Das österreichische Sanitätswesen Nr. 49*).

(Już po wydrukowaniu powyższej wiadomości otrzymaliśmy z Prezydyum Izby Lekarskiej dokument, w którym c. k. Namiestnictwo galicyjskie, obwieszczając przytoczony konkurs, wzywa Izbę do podania o nim wiadomości w szerszych kołach lekarskich.

W końcowym ustępie nadmienia c. k. Namiestnictwo, że «według reskryptu c k. Ministerstwa spraw wewn. byłoby pożądanem, aby o tę posadę ubiegał się dzielny lekarz austryacki»).

— Asystenci szkół wyższych austryackich wystosowali poczęści odrębnie, poczęści zbiorowo prośbę do ministeryum oświaty o polepszenie bytu. Deputacya asystentów, która osobiście udawała się do szefów sekcyj w ministeryach oświaty i finansów, otrzymała w odpowiedzi zapewnienia, że sprawa przychylnie rozpatrzoną i w miarę możności uwzględnioną zostanie. Z tego powodu wypowiada «*Neue Freie Presse*», która pierwsza o krokach asystentów podała wiadomość, przepowiednie nader różowe; prawdziwszem jednak zdaje się być zapatrywanie «*Wiener klin. Rundschau*», która niewiele do gołosłownych obiecanek przywiązuje wagi. Przy regulacyi płac urzędniczych w Austryi pominięto jedynie asystentów uniwersytetów, politechnik i t. d. i zdaje się jednak, że mimo wszelkich starań, krzywda ta nieprędko będzie naprawioną.

— Królewskie węgierskie Towarzystwo lekarskie w Budapeszcie uchwaliło znaczną większością, po gwałtownych rozprawach, przypuszczać kobiety na członków zwyczajnych. Osobliwsza rzecz, że przeciw temu równouprawnieniu kobiet głosowali głównie młodsi członkowie towarzystwa. (*Pest. Med. chir. Presse*).

* Program prac XIII międzynarodowego Zjazdu lekarskiego obejmuje 5 działów: I) Biologia (anatomia opisowa i porównawcza, histologia, embryologia i teratologia, fizyologia, fizyka, chemia biologiczna i antropologia). II) Medycyna (patologia ogólna i doświadczalna, bakteryologia, anatomia patologiczna, patologia wewnętrzna, higiena i patologia wieku dziecięcego, terapia i farmakologia, neuropatologia, psychiatrya, dermatologia i syfilidologia). III) Chirurgia (chirurgia ogólna, chirurgia w chorobach dzieci, chirurgia dróg moczowych, oftalmologia, laryngologia, rynologia i otologia). IV) Położnictwo i ginekologia. V) Medycyna publiczna (higiena, medycyna sanitarna i epidemiologia, medycyna sądowa, medycyna i chirurgia polowa, medycyna morska i kolonialna.

Językiem urzędowym Zjazdu będzie francuski. Na posiedzeniach ogólnych i sekcyjnych, obok francuskiego będą dopuszczone języki: angielski i niemiecki.

Mianowania i odznaczenia: Nadzwyczajny profesor Fussari mianowany został profesorem zwyczajnym anatomii w Turynie.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: *w Nowinach lekarskich Nr. 12*: prof. Rydygiera: O hemoroidach (ciąg dal.). Dr. Haszkowca: Porażenie wrzekomo opuszkowe. Prof Bujwid: Kilka uwag z powodu artykułu Dr. Krokiewicza „Dwa przypadki tężca urazowego“. Dr. Krokiewicz: Odpowiedź prof. Bujwidowi. Dr. Dziembowski: Przyczynek do nauki o zatruciach pokarmami ze świata zwierzęcego. W Krytyce Lekarskiej Nr. 12: Biegańskiego Wł.: Zdrowie i choroba z biologicznego punktu widzenia. Dr. Grodeckiego Fr.: Kilka słów o projektowanych ruchomych oddziałach oftalmicznych. Zweigbauma M.: Stanisław Kondratowicz (wspomnienie pośmiertne). Kramsztyka Z.: Dr. W. Narkiewicz Jodko (wspomnienie pośmiertne). W Kronice Lekarskiej (Zeszyt 23): Dr. Bregmana L.: Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni. *W Zdrowiu* (Zeszyt 159): Artykuł wstępny. Kowalskiego Z.: Stan zdrowia i warunki higieniczne studentów Uniwer. warsz. w świetle cyfr (dok.). *W Medycynie Nr. 50*: Dr. Rosenthalat Opis ważniejszych przypadków, operowanych w oddziale ginekologicz. szpitala starozakonnych w Warszawie 1896—1897 r. (c. d.). Dr. Ołtuszewskiego: Szósty przyczynek do nauki o zboczeniach mowy (dok.). *W Gazecie Lekarskiej Nr. 50*: Wygodskiego J.: Wyniki leczenia gorączki połogowej. Piotrowskiego J.: O leukemii i sprawach pokrewnych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie swe zwyczajne posiedzenie w dniu 21 go Grudnia, to jest we Środę, o godzinie 6-tej wieczorem w *Collegium novum* w Sali Śniadeckich.

Na porządku dziennym:

I. Sprawy administracyjne;

II. Wybory urzędników Towarzystwa na rok 1899.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 14 b. m. następujace datki: Prezes Tow. Lek. krak. prof. Dr. M. Jakubowski 25 złr.; Doc. dr. Baurowicz 5 złr.; Doc. dr. Raczyński 5 złr.; starszy lekarz powiatowy, Dr. Obtułowicz, 5 złr.; lekarz miejski w Podgórzu, dr. Smorągiewicz, 5 złr.; firma Rząca i Chmurski 5 złr.; prof. Karliński 5 złr.—**razem złr. 55.**

Dr. M. Rutkowski.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

Rok XXXVII. Kraków, 24. Grudnia 1898. Nr. 52.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej prof. Gluzińskiego we Lwowie.

Przyczynek do leukocytozy przy włóknikowem zapaleniu płuc.

Podał
Dr. Juliusz Zajączkowski,
elew kliniki lekarskiej.

W ostatnich czasach ukazało się wprawdzie wiele prac, traktujących o leukocytozie w chorobach zakaźnych, a w szczególności w zapaleniu płuc włóknikowem tak, że w pewnym kierunku możnaby całą sprawę uważać na razie za dostatecznie omówioną; jednakowoż do dziś dnia zdania autorów są podzielone co do sposobu i czasu powstawania wogóle leukocytozy.

Löewit[1]) np. twierdzi, że tak zwana hiperleukocytoza bywa zwykle poprzedzoną rozpadem ciałek białych (leukolysis), czyli że przed leukocytozą powstać musi leukopenia, trwająca krótki czas. Doświadczalne prace na zwierzętach, zwłaszcza w ostatnich czasach praca Jacoba i Goldscheidera[2]), zapatrywanie to potwierdzają. Kliniczne badania w tym kierunku są trudne z tego powodu, że zawsze spotkać je może zarzut, iż badanie robiono zapóźno, chorzy bowiem zazwyczaj dostają się w ręce lekarza już w jakiś czas, choćby najkrótszy, po wybuchu choroby. Wobec tego wydaje mi się godnem ogłoszenia przypadek, który miałem sposobność spostrzegać w tutejszej klinice, a mogący stanowić przyczynek do poruszonej sprawy. Przypadek ten dotyczy chorego z zimnicą trzeciaczkową, u którego dla innych celów obliczano codziennie kilkakrotnie ilość ciałek białych, a u którego, po ustąpieniu napadów zimniczych i po zupełnem zniknięciu plasmodyów zimniczych ze krwi, wystąpiło zapalenie włóknikowe dolnego płatu płuca prawego.

Historya choroby w krótkości następująca:

Chory P. L., l. 24, wyrobnik, przyjęty do kliniki d. 14 marca 1898 r., dziedzicznie w żadnym kierunku nie obciążony, zawsze zdrów, z wyjątkiem cierpienia żołądkowego, objawiającego się od 16 roku życia, brakiem łaknienia, kwaśnemi odbijaniami po jedzeniu i dość częstemi nudnościami i wymiotami.

Przy końcu lutego 1898 r. zaczął chory skarżyć się na głuche bóle w podżebrzu lewem, na które jednak mało zwracał uwagi, a w pierwszych dniach marca dostał gorączki, poprzedzonej silnymi dreszczami; napad ten ustąpił po paru godzinach wśród obfitych potów. Na drugi dzień czuł się względnie zdrowym, był jednak nieco osłabionym, a 3 dnia wystąpił ponowny napad, który zmusił chorego do szukania pomocy w klinice.

Badanie wykazało: Chory wzrostu średniego, o budowie kośćca miernej i o miernem odżywieniu. Narząd oddechowy prawidłowy. Stłumienie serca w prawidłowych granicach; nad koniuszkiem stwierdzić można słaby szmer skurczowy obok I tonu. Tętno 65, dobrze napięte. Ciepłota 36·5

Brzuch płaski, niebolesny, wątroba rozmiarów prawidłowych; śledziona powiększona, macalna, sięga na 2 palce poniżej łuku, miernie twarda, bolesna.

Ilość moczu (z 24 godz.) 1200 ctm.^{3} o c. wł. 1018, składu prawidłowego.

Badanie krwi wykazuje w preparacie świeżym: Ciałka czerwone układają się prawidłowo w ruloniki, nieznaczne różnice co do wielkości i kształtu; siateczka włóknika słabo rozwinięta, ilość ciałek białych niepowiększona, znaczna ilość plasmodyów zimniczych.

W preparacie barwionym (Triacid-Ehrlich, Eosin-Methylenblau). Bardzo nieznaczne różnice w zabarwieniu ciałek czerwonych, brak leukocytozy, ciała eozynochłonne obecne, znaczna ilość plasmodyów zimniczych.

Bezwzgl. liczba ciałek czerwonych	3,200,000
„ „ „ białych	6,875
Odsetek hemoglob. podług Fleischla	65%
Wskaźnik zabarwienia	1

Ilość procentowa pojedyńczych rodzajów ciałek białych wynosiła:

wielojądrzastych	77·78%
jednojądrz. dużych	1·12%
„ małych	15·55%
formy przejściowe	4·44%
eozynochłonnych	1·11%

Przebieg choroby:

15 marca ciepłota prawidłowa
16 „ 12 w poł. ciepłota 38·7°; chory ma dreszcze
2 pop. „ 39·6°
4 „ „ 39·2°
6 wiecz. „ 37·5° chory pokryty obfitym potem, skarży się na ból głowy.
17 marca ciepłota prawidłowa, chory osłabiony.
18 „ godz. 11½ r. dreszcze
„ 12 w poł. 38·8°
„ 2 popoł. 39·8°
„ 6 wiecz. 37·6°.

Oznaczanie ilości ciałek białych wykazało, że liczba ich wynosiła tak przed, jak i po napadzie od 6—8.000 w 1 mm^3.

Po stwierdzeniu toru gorączki, podano choremu 21-go marca 0·35 grm. chininy, 3 proszki na dzień; napady nie powtórzyły się więcej tak, że chory, czując się zdrowym, zamierzał 24 marca, to jest w 6 dni po ostatnim napadzie, opuścić klinikę.

Oznaczanie ilości ciałek białych krwi codziennie w dniach tych dokonywane, wykazało: 19-go III. 6,780, 20-go III. 5,650, 21-go III. 6,420, 22-go III. 5.937, 23-go III. **9,218**, 24-go III. **14,687**. 25-go III **15,312**.

Znaleźliśmy więc zupełnie niespodzianie zwiększanie się stopniowe liczby ciałek białych w dniach 23, 24 i 25 marca, co tem bardziej nas zastanawiało i zwracało naszą uwagę, że działo się to wśród braku wszelkich zboczeń w ustroju, mogących dać powód do leukocytozy i że u innych chorych po napadach zimniczych znachodziliśmy zazwyczaj raczej zmniejszenie, aniżeli zwiększenie ilości ciałek białych.

Badanie preparatu świeżego krwi w tych dniach wykazało: Ciałka czerwone krwi układają się prawidłowo w ruloniki, siateczka włóknika dość dobrze rozwinięta, ilość ciałek białych zwiększona, dość znaczna ilość płytek Bizozzera, plasmodyów zimniczych brak.

Stan podmiotowy chorego był zupełnie prawidłowym, łaknienie utrzymane, nie skarżył się on na żadne dolegliwości, nie kaszlał; ciepłota ciała, mierzona co 2 godz. wahała się między 36·5 a 36·9° C.

Ilość moczu około 1350 ctm.³, c. wł. 1019, bez białka, chlorki prawidłowe. Chory, jako ozdrowieniec chce opuścić klinikę, gdy nagle w nocy z 25 na 26 marca wystąpiły silne dreszcze, a ciepłota o godz. 6-tej rano wynosiła już 39·0°, o 8-mej 39·7°, o 12-tej 39.2°, o 4-tej 40·1°, o 6-tej 39·5°, badanie zaś wykazało rozpoczynające się zapalenie włóknikowe dolnego płatu płuca prawego.

Teraz stało się nam jasne, co zapowiadała i do czego się odnosiła ta leukocytoza, wzrastająca od 3 dni wśród zupełnego dobrego stanu zdrowia pacyenta.

Przebieg dalszy zapalenia płuca był zupełnie prawidłowy; w 7-mym dniu nastąpił zupełny przełom, a leukocytoza neutrofilna trwała, jak zwykle, przez cały czas trwania choroby, wahając się co do liczby ciałek białych między 20,313—27,968; powrót składu krwi do prawidłowego w kilka dni po przełomie.

W opisanym przypadku spostrzegaliśmy zatem pojawienie się leukocytozy na 3 dni przed wystąpieniem wszelkich objawów zapalenia włóknikowego płuca.

Dotychczas, jak już wyżej wspomnieliśmy, jest rzeczą nierozstrzygniętą, kiedy właściwie występuje leukocytoza przy zapaleniu włóknikowem płuc. W sprawie tej już Limbeck[3]) przypuszczał, że przy zapaleniu włóknikowem płuc leukocytoza poprzedza zmiany anatomiczne w płucach; Türck[4]) znalazł w przypadku, który spostrzegał, w 12 godzin po wystąpieniu dreszczów 26,400 ciałek białych, tak samo Rieder[5]), Laehr[6]) i Biegański[7]) znachodzili w pierwszych początkach zapalenia płuc włóknikowego znaczne ilości leukocytów. Spostrzeżenia te wyżej wspomnianych autorów jednak ani potwierdzają ani nie zbijają hipotezy Löwita[8]), który występowanie hiperleukocytozy czyni zawisłem od poprzedniego zmniejszenia się ilości ciałek białych (leukolysis); czyli, że według tej teoryi, każdą hiperleukocytozę musiałaby z początku poprzedzać leukopaenia; spostrzeżenia te kliniczne, dlatego nie dają dostatecznego rozwiązania, gdyż wszystkie były robione już w krótszy lub dłuższy czas po rozpoczęciu choroby. Z drugiej strony z spostrzeżeń klinicznych znów na korzyść zapatrywań Löwita możnaby przytoczyć pracę Picka[9]), w której on, na podstawie jednego przypadku, twierdzi, że w początkach zapalenia włóknikowego płuc występuje zmniejszenie liczby ciałek białych.

Nasze zaś spostrzeżenie wykazując, że 3 dni przed wystąpieniem wszelkich objawów chorobowych już przychodziło do stopniowego zwiększenia ilości leukocytów, pozwalałoby twierdzić: 1) że leukocytoza w zapaleniu płuc występuje na kilka dni przed wybuchem choroby, a więc już w okresie wylęgania choroby (stadium incubationis); 2) że, mimo kilkakrotnego codziennego badania liczby ciałek białych krwi przez dłuższy czas przed wybuchem choroby i powstaniem leukocytozy, nie stwierdziliśmy leukopaenii.

Literatura.

1. Löwit. Studien zur Physiologie u. Pathologie des Blutes und der Lymphe. Jena, 1892.
2. Goldscheider u. Jakob. Ueber die Variationen der Leukocytose. Zeitschrift f. klin. Med. 1894.
3. Limbeck. Grundriss einer klin. pathol. d. Blutes, 1896.
4. Türck. Klin. Untersuchungen über das Verhalten d. Blutes bei Infections Krankheiten 1898.
5. Rieder H. Ueber d. sumarische Verhalten d. weissen Blutzellen bei Influenza, croupöser und catarrhalischer Pneumonie. Münchener med. Wsch., 1892.
6. Laehr. Ueber das Auftreten von Leukocytose bei der croupösen Pneumonie. Berliner klin. Wsch., 1893.
7. Biegański W. O leukocytozie przy zapaleniu płuc włóknikowem. Przegląd lek. 1894 i Deutsches Archiv f. klin. med., 1894.
8. Löwit l. c.
9. Pick G. Klin. Beobachtungen über die entzündliche Leukocytose. Prager med. Woch., 1890.

II. Stopa szpotawa wrodzona.

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

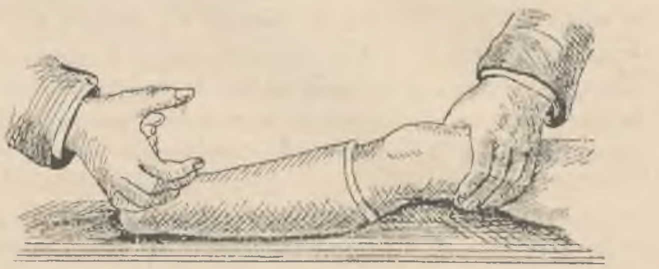
Podał

Dr. H. Schramm,

docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

(Ciąg dalszy).

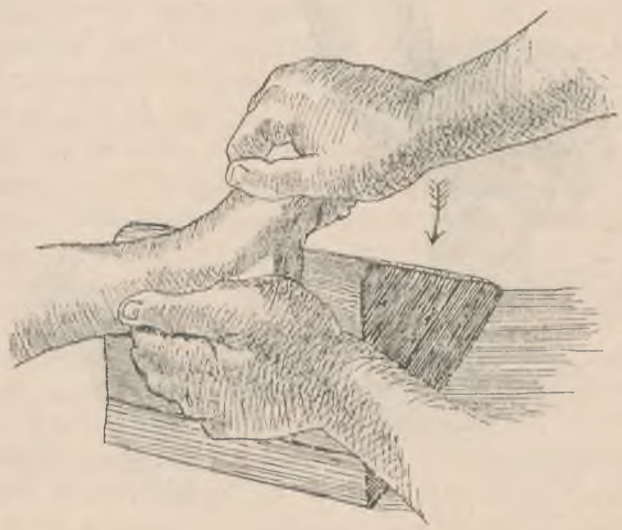
U dzieci od 8 miesiąca życia począwszy, zatem gdy skóra już nie jest tak bardzo delikatna i nie potrzebuje tak starannie być pielęgnowaną, jak u dzieci młodszych, najlepszym sposobem leczenia stopy szpotawej jest zakładanie odpowiedniego opatrunku gipsowego. I te też sposoby postępowania są różne. Z początku postępowałem podług Heineckego. Sposób ten polega na tem, że naprostowuje się położenie stopy, o ile się to da osiągnąć bez użycia wielkiej siły, zakłada się następnie opatrunek gipsowy, sięgający od palców aż do kolan, szybko i nim gips zaschnie naprowadza się stopę z wadliwego położenia w lepsze, uciskając dłonią swą na podeszwę stopy, a zwłaszcza w celu poprawienia addukcyi i supinacyi na jej brzeg zewnętrzny. Ucisk ten musi trwać tak długo, dopóki gips dobrze nie zaschnie; załączony rysunek objaśnia sposób tego postępowania *(Fig. 9)*.



(Fig. 9).

Rzadko tylko udaje się w ciągu jednego posiedzenia doprowadzić stopę do położenia prawidłowego. W przeciwnym razie, po upływie 2—3 tygodni, opatrunek zdejmuje się, sprostowuje się stopę o ile się to da i znów zakłada się opatrunek w ten sam sposób. Postępowanie to jest jednak mozolne, leczenie w cokolwiek wyższych stopniach stopy szpotawej trwa długo, dziecko nie może chodzić, nawet w opatrunku, tak długo, dopóki nie doprowadzi się poprawy do tego stopnia, że cała stopa dotyka ziemi, gdyż dopiero w tym stanie ciężar ciała może działać dodatnio na dalsze usunięcie zniekształtnienia i zapobiega jego powrotowi.

W celu skrócenia leczenia podał J. Wolff swój sposób opatrunku w etapach. Polega on na tem, że już w 3 dni po założeniu pierwszego opatrunku gipsowego, tak samo jak to podał Heinecke, wycina się po stronie zewnętrznej w wysokości kostki z opatrunku klin odpowiednio szeroki, a po stronie wewnętrznej opatrunek przecina się linijnie, poczem stopę sprostowuje się na nowo, a uzyskane dalsze polepszenie położenia utrwala się zapomocą świeżej warstwy opasek gipsowych. Tak postępuje się co 3 dni, aż do zupełnego wyprostowania stopy, poczem za gruby opatrunek poprawia się przez zeskrobanie warstw zewnętrznych, wzmacnia się go przez założenie opaski ze szkła wodnego i w takim opatrunku chodzi dziecko przez 6 do 9 miesięcy. Postępowaniem tem osiągnał Wolff doskonałe wyniki nawet w przypadkach ciężkich i zastarzałych, jakie kilkakrotnie przedstawiał na Zjazdach chirurgicznych. Sposobu tego próbowałem w 8 przypadkach, a mianowicie u 6 chorych szpitalnych i 2 z praktyki prywatnej. U tych ostatnich, dzieci liczących 3, względnie 4 lata, wynik był rzeczywiście bardzo zadowalniający. O pacyentach szpitalnych tego powiedzieć nie mogę. Już po upływie 4—8 tygodni po wyjściu ze szpitala wracały dzieci z zupełnie zniszczonym opatrunkiem, a dwoje nawet bez opatrunku, który rodzice zdjęli z powodu bólu, na jaki dzieci się skarżyły, a spowodowanego odleżynami pod rozmiękłym opatrunkiem. We wszystkich przypadkach zboczenie stopy powróciło i wymagało ponownego leczenia. Przyznaję, wina to nie sposobu leczenia, lecz braku opieki i inteligencyi u rodziców, którzy pozwalali dzieciom biegać bez trzewika wierzchniego po błocie i nawozie. Pomijając już więc takie przypadki, musimy jednak przyznać, że metoda Wolffa posiada ujemne strony; do osiągnięcia tego stopnia poprawy, aby dziecku można pozwolić chodzić w opatrunku, potrzeba w ciężkich przypadkach dużo czasu; zawsze zachodzi obawa, że w czasie następowych sprostowań mogą się potworzyć fałdy w opatrunku i przez to wywołać odleżyny, a nadto słusznie zwraca uwagę Nasse, że metodą tą działamy przeważnie w jednym kierunku, to jest na zniesienie addukcyi stopy, usunięcie zaś innych zboczeń, jak supinacyi i fleksyi podeszwowej pozostawia się czynnościowemu zastosowaniu się stopy, tak zwane *funktionelles Anpassen*, na które Wolff w rozprawach swych bardzo znaczny kładzie nacisk. Najlepiej też jest usunąć całe zboczenie stopy na jednem posiedzeniu. Sposób ten, podany najpierw przez Königa, zyskał sobie wkrótce licznych zwolenników, jak Schulze, Hoffa, Nasse i wielu innych. Metody tej używałem też przez kilka lat w 24 przypadkach, leczonych w szpitalu, z wynikiem, o ile to w danych stosunkach jest możebne, jak najlepszym; mogę ją też z własnego doświadczenia polecić i z tego powodu pozwalam sobie podać opis jej nieco dokładniej, trzymając się opisu podanego w dziele Hoffy: „Po wykonaniu tenotomii ścięgna Achillesa, a w razie potrzeby i po przecięciu powięzi podeszwowej, układa się zachloroformowane dziecko na ten bok, po którego stronie stopa ma być prostowana. Jeden z asystentów przytrzymuje silnie kolano, a operujący kładzie stopę dziecka na trójkątną drewnianą podkładkę, podobną do saneczek Volkmanna tak, aby najwyższa wypukłość stopy leżała dokładnie na ostrej krawędzi podkładki, którą, w celu uniknięcia zbytniego zgniecenia skóry, należy poprzednio owinąć ręcznikiem. Teraz chwyta operujący stopę dziecka jedną ręką za wewnętrzny brzeg przedniej części stopy, drugą obejmuje piętę i staw skokowy (patrz *Fig. 10)* i ciśnie jednostajnie całym ciężarem ciała

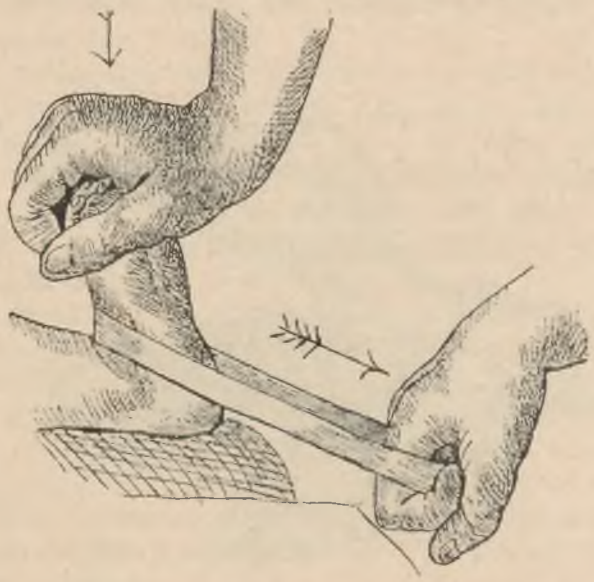


(Fig. 10).

na obie ręce czasami nagłe szarpnięcie, zwłaszcza za przedniej części stopy, jest korzystne. Ponieważ rzadko jedna stopa szpotawa jest zupełnie podobna do drugiej, przeto i operator musi indywidualizować w wybieraniu punktu podparcia stopy i przenosić go raz na zewnętrzny brzeg szyi kości skokowej, to znów więcej w okolicę kości sześciennej lub miejsce połączenia jej z kością piętową lub kością śródstopia piątą. Często koniecznem jest zmieniać te punkta, nawet na jednej stopie. Podług Königa przy stósowaniu tego zabiegu musi w stopie „trzeszczeć“, muszą więzadła się rozerwać, a kości pognieść, jeżeli wynik ma być zupełny. Czasem przy tem postępowaniu pęka skóra na wewnętrznym brzegu stopy; w takim razie poleca König założyć zaraz kilka szwów katgutowych. Po dokładnem i zupełnem wykonaniu tej części metody, następuje akt drugi. Dziecko układa się teraz na grzbiet, ustala się jak poprzednio kolano, a operujący ujmuje jedną ręką staw skokowy, drugą zaś przegina stopę silnie w zgięcie grzbietowe (dorsalne) i abdukcyę; ruchomość stopy, uzyskana przez akt pierwszy, ułatwia znacznie wykonanie części drugiej“. Nawet w ciężkich przypadkach postępowaniem tem można doprowadzić stopę na jednem posiedzeniu do położenia prawidłowego, a tylko w bardzo ciężkich przychodzi to trudno i dobrze jest trzymać się rady Königa, aby w takich razach nie forsować zbytecznie, lecz po ustaleniu uzyskanej poprawy przez założenie najlepiej opaski gipsowej sposobem Heineckego, dokonać reszty sprostowania na jednem lub dwu następnych posiedzeniach, po upływie 2—3 tygodni.

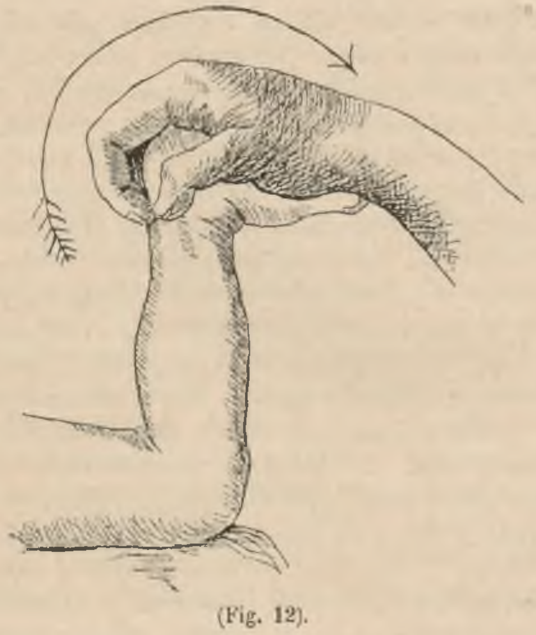
W najnowszych czasach podał Lorenz modyfikacyę tej metody, jako tak zwane przez niego sprostowanie modelujące, polegające głównie na tem, że do usunięcia zboczenia stopy nie używa siły nagłej, lęcz stara się pokonać opór, jaki stawiają tkaniny, przez dłuższe lecz stałe działanie siły. Zresztą według Lorenza postępuje się tak samo, jak podług Königa, najpierw usuwa się addukcyę i infleksyę stopy; do pokonania tej ostatniej (zwłaszcza w celu uniknięcia złamania kości strzałkowej) pomaga bardzo użycie pętli

założonej na grzbiet stopy; działanie jej widać najlepiej z załączonej ryciny (z dzieła N a s s e g o) *Fig. 11.*



(Fig. 11).

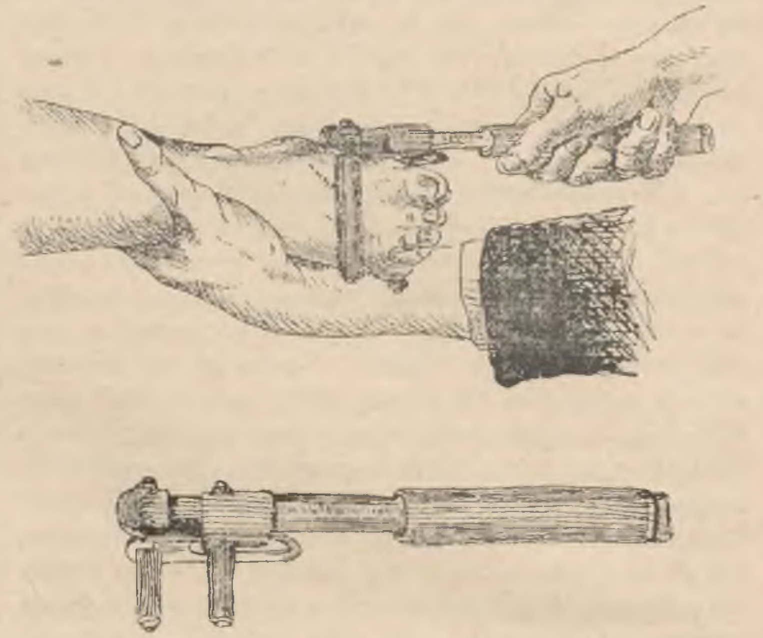
Po usunięciu tych zboczeń przechodzi się do usunięcia zgięcia podeszwowego również przez powolne, lecz stałe wyginanie stopy, przyczem według L o r e n z a należy zwracać uwagę, aby nietylko przednia część stopy, ale i kość piętowa przeszła rzeczywiście w położenie poziome. W tym celu należy ściągać wyrostek piętowy ku dołowi, obejmując go palcami ręki, której dłoń uciska podeszwę stopy ku górze *(Fig. 12).*



(Fig. 12).

Całkowite sprostowanie wykonuje się podług L o r e n z a zawsze na jednem posiedzeniu i to do tego stopnia, aby po ukończeniu zabiegu dało się przez lekki ucisk palcem przeprowadzić stopę w położenie stopy piętowej płaskiej (pes calcaneo-valgus). Metoda ta zyskała sobie również w krótkim czasie wielu zwolenników, a B o q u e l i V u l p i u s, na podstawie licznej statystyki, chwalą bardzo wyniki, osiągnięte tem postępowaniem. W ostatnim roku leczyłem 8 przypadków stopy szpotawej u dzieci między 2 a 3 rokiem życia tą metodą i jestem z niej tak zadowolony, że nadal w odpowiednich przypadkach tylko tego sposobu używać zamierzam.

U dzieci tak małych, z jakiemi w ostatnich czasach miałem do czynienia, wystarcza do sprostowania siła rąk. U dzieci starszych siła ta może się okazać nie wystarczającą; w takich razach poradzić sobie można zapomocą jednego z licznych przyrządów, służących do spotęgowania siły, działającej bądź to jako dźwignia w tak zwanym kluczu (wrentch) T h o m a s a i odmianach jego, podanych przez B r a d f o r d a i M. C u r d y e g o *(Fig. 13)*, bądź też zapomocą działania śruby, jak to ma miejsce przy tak zwanych osteoklastach, podanych np. przez G r e t t a n a, lub wreszcie najlepszem i najodpowiedniejszem z dotychczasowych tego rodzaju narzędzi, osteoklastem L o r e n z a.



(Fig. 13).

Po całkowitem sprostowaniu zakłada się w prawidłowem, lub nawet więcej niż prawidłowem położeniu stopy, opatrunek gipsowy, przyczem pamiętać należy, że zwłaszcza po użyciu większej siły wystąpić może dość znaczny obrzęk stopy; należy więc pod opaskę gipsową nałożyć warstwę waty, kończynę ułożyć wysoko lub, co jeszcze lepiej, zawiesić prostopadle; w każdym razie przez pierwsze 24 godzin kończynę starannie doglądać, aby w razie silniejszego obrzęku i zasinienia palców opatrunek rozciąć podłużnie i znieść zbyteczny ucisk.

Zaniedbanie tej ostrożności pociągnąć może za sobą przykre następstwa, jak tego miałem przykład na jednym przypadku, w którym po założeniu opatrunku na sprostowaną stopę w jednej z wiedeńskich klinik, odesłano dziecko do domu, a w tydzień potem przyniesiono je do mnie już z rozległą zgorzelą na grzbiecie stopy, sięgającą aż do stawu skokowego. Jeżeli opatrunek dobrze leży, pozostawia się go przez 3—4 tygodni, przyczem dziecko może nawet chodzić; po upływie tego czasu opatrunek się zmienia i zakłada znowu na dalsze 3—4 tygodni, poczem następowe leczenie ma na celu poprawienie odżywienia mięśni kończyny, a zatem mięsienie, kąpiele, ruchy czynne i bierne stopy. Dla wszelkiej pewności, w celu zapobieżenia powrotowi zboczenia stopy, należy polecić, aby dziecko przez jakiś czas, rok albo dwa, nosiło jeden z licznych przyrządów ortopedycznych, służą-

cych do ustalenia stopy. Zwyczajnie wystarcza wysoki sznurowany trzewik z dwoma do kolana sięgającemi szynami bocznemi, tak skonstruowanemi, że nie pozwalają na podeszwowe zgięcie stopy. Bardzo dobre usługi oddawał mi także pojedynczy a praktyczny przyrząd Rosera. Polega on na tem, że do silnego sznurowanego trzewika wstawia się po stronie zewnętrznej żelazko kształtu |___| tak, aby wystawało 1—2 cnt. po za podeszwę. Przy chodzeniu żelazko to dotyka najpierw ziemi, a stopa musi wskutek tego przejść w położenie pronacyi. W celu zapobieżenia obsuwaniu się stopy ku wewnątrz, musi być wewnątrz brzeg trzewika wyłożony grubą niepodatną skórą.

Często, zwłaszcza jeżeli wczas obejmujemy dziecko w leczenie, udaje się osiągnąć zupełną poprawę położenia stopy bez żadnych zabiegów krwawych. W większej części przypadków jednak tak w celu ułatwienia sobie sprostowywania, jak i w celu szybszego dojścia do celu, uciec się musimy do przecięcia tkanin, stawiających wielki opór przy sprostowywaniu stopy. Najczęściej zabieg ten wykonujemy na ścięgnie Achillesa. Wprawdzie niektórzy autorowie, jak Duval, radzą, aby nawet tego zabiegu nie wykonywać przed 14 miesiącem życia dziecka, doświadczenia jednak moje tak samo, jak i wielu bardzo chirurgów, przekonały mnie, że tenotomię Achillesa można bez żadnej obawy wykonać nawet w pierwszych tygodniach życia dziecka, a że przez wykonanie tej małej i zupełnie niewinnej operacyi można bardzo przyspieszyć wyleczenie cierpienia. W każdym więc przypadku, w którym skrócenie mięśni łydkowych stawia znaczną przeszkodę sprostowaniu stopy, należy wykonać tenotomię Achillesa. Na to zgadzają się, jak powiedziałem, prawie wszyscy chirurgowie.

Istnieje tylko pewna różnica zdań co do chwili, kiedy tę operacyę wykonać należy. König wykonuje ją przed rozpoczęciem sprostowywania, tak samo radzi E. Müller, który utrzymuje, że napięte ścięgno Achillesa tworzy przy sprostowywaniu stopy rodzaj dźwigni i spowodować może łatwo sprowadzenie niepożądanej stopy płaskiej. Natomiast Greser twierdzi, że właśnie ten opór, jaki stawia ścięgno Achillesa, ułatwia sprostowanie addukcyi i supinacyi stopy; również i Lorenz usuwa najpierw addukcyę i infleksyę stopy — i dopiero, gdy ma przystąpić do sprostowania fleksyi podeszwowej, przecina ścięgno Achillesa. Do tego samego zdania przychyla się i Nasse.

Doświadczenie moje przekonało mnie, że poprawa fleksyi, jaka się otrzymuje przez samo przecięcie ścięgna Achillesa, nietylko nie utrudnia, lecz owszem ułatwia znacznie sprostowywanie abdukcyi, a zwłaszcza supinacyi stopy. We wszystkich też przypadkach, w których tenotomia Achillesa jest wskazana, wykonuję ją, jako pierwszy zabieg. Tenotomię tę wykonuję zawsze podskórnie; wprawdzie Karewski powiada „że operacyę tę wykonuje się teraz przeważnie *à ciel ouvert*“, t. j. po poprzedniem podłużnem przecięciu skóry, zdaje mi się jednak, że zdanie to nie jest słuszne, gdyż i w najnowszych dziełach Hoffy, Lorenza i Nassego mowa jest zawsze o podskórnej tenotomii, a i sam Karewski, opisując dalej operacyę Phelpsa, pisze „najpierw wykonujemy podskórną tenotomię ścięgna Achillesa“.

Operacyę tę wykonać można w dwojaki sposób, t. j. że ścięgno przecina się od zewnątrz ku wewnątrz, a raczej od tyłu ku przodowi, lub też w kierunku przeciwnym. W celu wykonania operacyi pierwszym sposobem asystent ustala kończynę dziecka, obejmując obu rękami podudzie. Operator chwyta stopę dziecka lewą ręką tak, że dłonią obejmuje jej podeszwę, w prawej zaś ręce trzyma bistur kończysty. Przez naciśnięcie stopy ku grzbietowi napręża ścięgno Achillesa i oznacza palcem dużym prawej ręki brzeg jego wewnętrzny na 1 do $1^1/_2$ cnt. nad piętą. W tem miejscu robi się nacięcie skóry tak szerokie, aby przez nie przesunąć można tenotom Guerina, t. j. wązki, równy, lub nieco ostrzem wygięty nożyk z tępo zaszlifowanym końcem. Po zrobieniu nacięcia skóry, zamienia więc operator bistur na tenotom, a po wprowadzeniu go w zrobioną rankę, zwalnia napięcie stopy, przez co ścięgno Achillesa cofa się nieco w głąb i wtedy łatwo jest przesunąć tenotom na płask między skórą a ścięgnem aż po za zewnętrzny brzeg tegoż, o czem łatwo się przekonać, kontrolując ruch tenotomu palcem dużym tejże ręki. Następnie obraca się tenotom ostrzem ku ścięgnu, a naciskając równocześnie stopę lewą ręką w kierunku fleksyi grzbietowej, napina się ścięgno i przecina się je, cisnąc na nie tenotomem, lub wykonując nim lekkie ruchy wahadłowe. W chwili przecięcia ostatnich pasem ścięgna czuć się daje lekki trzask, górny koniec ścięgna cofa się ku górze, przez co powstaje łatwo wymacalny dołek; teraz obraca się tenotom znowu na płask, wyjmuje się go, a małą rankę pokrywa się opatrunkiem aseptycznym. Sposobu tego używałem we wszystkich moich przypadkach, wydaje mi się bowiem wygodniejszy, niż sposób drugi, t. j. przecinania ścięgna od głębi ku powierzchni. Do operacyi tym drugim sposobem służy tenotom Dieffenbacha, t. j. nożyk wązki, kończysty, sierpowato wygięty. Po ustaleniu i chwyceniu kończyny, jak poprzednio, napina się ścięgno Achillesa przez mocne zgięcie stopy i wbija się tenotom popod ścięgno na płask tak daleko, aby koniec tenotomu sięgał po za zewnętrzny brzeg ścięgna, następnie obraca się tenotom ostrzem ku ścięgnu i lekko piłującymi ruchami przecina się je, przyczem palec duży ręki operatora kontroluje od zewnątrz ruch tenotomu i przez lekkie przyciskanie ścięgna ułatwia jego przecięcie. W chwili przecięcia ostatnich pasem ustaje nagle cały opór ścięgna, uważać więc należy, aby w tej chwili przestać naciskać stopę, gdyż inaczej łatwo bardzo przeciąć tenotomem i napiętą skórę. Czy jedną, czy drugą metodę się wybierze, dobrze jest wykonać tę operacyę w uśpieniu, zwłaszcza, jeżeli mamy do czynienia z dzieckiem starszem, które przez swój niepokój utrudnia ustalenie kończyny, a zatem i dokładne wykonanie operacyi.

Nie potrzebuję dodawać, że i tę małą operacyę wykonać należy ściśle według zasad aseptyki; zaniedbanie ich pociągnąć może za sobą najgorsze powikłanie, t. j. ropienie w ranie z wszystkiemi nieprzyjemnemi następstwami. Inne powikłania, jakie zwłaszcza przy braku dostatecznej wprawy zdarzyć się mogą przy tej operacyi, mają daleko mniejsze znaczenie. Rana skórna, choćby przy niezbyt poprawnem wykonaniu tenotomii wypadła nieco zaduża, goi się bez żadnych trudności, a w ostatecznym razie można ją zmniejszyć przez założenie szwu. W razie, jeżeli po wyjęciu tenotomu przekonamy się macaniem, że pozostały jeszcze napinające się nie przecięte włókna ścięgna, natenczas można je przerwać przez silne zgięcie stopy, a jeżeli się to nie udaje, trzeba tenotom wprowadzić ponownie i pozostałe

włókna przeciąć. Krwotok przy należytem wykonaniu tej operacyi jest zwyczajnie bardzo mały i ustaje po założeniu opatrunku; raz jednak zdarzyło mi się, że krwotok, mimo dość silnie uciskającej opaski, nie chciał ustać; musiałem więc rankę skórną rozszerzyć i krwawiące naczynie podwiązać; dalszy przebieg tego przypadku był zupełnie prawidłowy.

(Dokończenie nastąpi).

III. Dwa przypadki gorączki połogowej, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową

Podał

Dr. Pilzer (w Tarnowie).

W roku 1895 zalecił Marmorek w *Annales de l' Institut Pasteur* wytwarzaną przez siebie surowicę przeciw wszelkim zakażeniom paciorkowcem ropotwórczym, podając, że wywiera ona dodatnie działanie na ciepłotę ciała, która stale po zastrzyknięciu surowicy obniża się, oraz na stan podmiotowy chorych zakażonych i na bóle głowy. Skóra zazwyczaj traci swoją suchość i staje się wilgotną.

Leczenie to stósowano dotąd z rozmaitym, przeważnie dobrym wynikiem, w róży (Chauvel), ropnem zapaleniu opłucnej (Lettelliére-Lemoine), oraz gorączce połogowej Aczkolwiek wyniki dotychczasowe w tej ostatniej chorobie niezbyt są zachęcające, jak tego dowodzą przypadki Sewetta, Nobla i Merka, to mimo to zdecydowałem się zastósować powyższe leczenie w dwóch nadarzających się przypadkach ciężkiej gorączki połogowej, tembardziej, że leczenie dotychczasowe tej choroby jest właściwie więcej przypadowe, a śmiertelność znaczna.

Oto opis przypadków:

I. N. N., lat 24 licząca, dobrze odżywiona. Miesiączkuje od 15 roku życia, regularnie co 4 tygodnie. Od roku zamężna. W początku stycznia b. r. odbyła pierwszy poród prawidłowo. W połowie lutego pierwsza i ostatnia regularność. Od tego czasu trwa ciąża bez zaburzeń.

13/5. W nocy powstał silny krwotok. Chora nie umie podać przyczyny. Zastósowano tampon z waty, który nazajutrz usunięto i wstrzyknięto 1 grm. Bombellona.

14/5. Krwawienie i bóle mniejsze.

15/5. Krwawienie nieznaczne. Podano wewnętrznie *Extract. secalis corn.*

16/5. Zostałem wezwany do chorej poraz pierwszy. Skarży się ona na bóle brzucha dołem. Badanie zewnętrzne nie wykazuje zmian. Pochwa rozpulchniona, część pochwowa macicy wysoko ustawiona; ujście drożne dla palca badającego; palec powalany krwią. Przestrzyknąłem pochwę 3% rozczynem kwasu karbolowego i wytamponowałem 20% wyjałowioną gazą jodoformową.

17/5. W południe silny dreszcz. Ciepłota ciała 39·0. Dotkliwe bóle mięśniowe. Język suchy, pragnienie duże. Niepokój. Wezwano wówczas kol. Doc. Rosnera z Krakowa, który stwierdził ciepłotę wyżej 39°, tętno około 120. Macica znacznie powiększona leży ku przodowi. Przewód szyi dla palca drożny, w jamie macicy znajduje się dużo mniejszych i większych strzępów i kawałków jaja płodowego, rozkładających się. Obok macicy żadnych nieprawidłowych oporów ani boleśności. Kol. Doc. Rosner usunął palcem te resztki jaja, które się w ten sposób wyjąć dały, poczem łyżeczką wydobył resztę. Krwawienie podczas zabiegu było nieznaczne. Przestrzykano następnie jamę macicy rozczynem karbolu i wytarto jej wnętrze wacikiem napojonym 1‰ rozczynem sublimatu. Jamę macicy wypełniono gazą jodoformową. Zalecono spokój i dyetę posilną płynną.

18/5. O g. 10-ej rano dreszcze. C. 39·9, tętno 120, miękie. Znaczne bóle mięśniowe, pragnienie, oraz niepokój. Wobec groźnego stanu chorej wstrzyknąłem o godzinie 5-ej pop. w okolicę łuku żebrowego prawego 10 grm. surowicy przeciwpaciorkowcowej z pracowni prof. Bujwida.

19/5. O godzinie 6 rano dreszcz, C. 38·9°, tętno regularne, 120. Bóle mięśniowe dotkliwe. O g. 10 2-ie wstrzyknięcie surowicy (10 grm.). O g. 12 stan niezmieniony. O g. 4 pop. ciepłota spadła do 38·0 i wystąpiły poty.

20/5. C. prawidłowa (37·2), boleśność mięśni mniejsza; odchody czyste w skąpej ilości.

Potem już ciepłota stale utrzymywała się w granicach prawidłowych i chora zwolna powracała do zdrowia.

II. Chora, lat 27 licząca, średnio odżywiona. Miesiączkuje regularnie od 16 r. życia. Od 22 r. życia zamężna. W dzieciństwie przebyła dur. 3 porody odbyła prawidłowe.

28/5. Przed północą poród lekki. Gdy po upływie $1\frac{1}{2}$ godziny popłód nie odchodził i wystąpił krwotok, wykonano ręczne wydobycie łożyska i wytampowano pochwę.

29/5. Stan miał być dobry. (Patrz tab.).

TABELA.

Data	Ciepłota ciała	Tętno	Stan ogólny	Injekcye surowicy	UWAGA
30/5					
7 rano	39·8	130	dreszcze	—	Wezwany zostałem na naradę i poraz pierwszy zbadałem chorą. Narada z Dr. Kohnem z Krakowa.
4 pop.	38	120	poty	—	
10 w.	39	128	dreszcz	—	
12 w.	39·8	132	skóra sucha, wargi sine, płuca i serce bez zmian	—	
31/5					Brzuch podatny niebolesny. Macica nad spojen. macalna, ściągn., niebolesna Pochwa rozpulchn., ujście zewn. drożne na palec i wnętrze macicy próżne, odchody krwawe nie cuchnące
8 rano	40	128	—		
4 pop.	40	132	poty		
5 pop.	40	132	dreszcz	I wstrzyk. 10 gram.	
9 wieczór	39	120	—	II wstrzyk. (surowica z pracowni p. Bujwida)	
1/6					
8 rano	38	120	Dresz. niema lekkie poty	III wstrz.	
12 poł.	38·7	120	—	IV „	
5 pop.	37·8	120	Chora wesel. czuje się lep.	V „	
11 wiecz.	38	120		VI „	
2/6					
6 rano	38·7	120	Ból w stawie łok. prawym Bezsenność		
9 rano	41	140	Dreszcz, staw łok. pr. obrz. i bolesny		
12 poł.	40	128	Bol. i obrzęk st. w palcach ręki pr. Chora swobodna		
3 pop.	38	120	poty		
6 pop.	38	120	—	VII wstrz	
11 wiecz.	39.7	120	—	VIII „	
			W nocy wydatne poty.		
3/6					
6 rano	Bez gorączki	100	Kolano lewe bol. i obrzęk		
9 rano	41	138	dreszcz		
12 poł.	40	128	—		
3 pop.	38·8	120	kol. obrzękłe dreszcz		
5 pop.	39·2	120	w moczu ślad	IX wstrz	
11 wieczór	38·1	120	białka	X „	
			w nocy obfite poty		

Data	Ciepłota ciała	Tętno	Stan ogólny	Injekcye surowicy	UWAGA
4/6					
6 rano	—	—	chora w potach		
9 rano	38	120	obrzęki stawów ręki pr. i nogi lewej bolesne, w moczu biał. osłabienie.		
12 poł.	36·5	90	bad. krwi na plasm. zimn. wynik ujemn.		
6 pop.	37	86	biał. w moczu utrzymuje się		
5/6 6/6 7/6	Stan bezgorączkowy				
8/6 9 rano	Stan bezgorączkowy.				
1 poł.	40	120	Dreszcz, zapalenie grucz. przyuszn. pr.		
9 wieczór	37·9	100	Obfite poty		

Od tej pory gorączka stale obniżyła się, obrzęki stawów powoli znikają. Występują liczne ropienia skórne i w tych miejscach. gdzie nie robiono wstrzykiwań, które kolejno otwierano. Chora dopiero z początkiem sierpnia opuściła łóżko zupełnie uzdrowiona.

Że w opisanych wyżej przypadkach miałem do czynienia z gorączką połogową, za tem przemawia:

a) Czynnik etyologiczny: W I przypadku wytampowanie pochwy suchą watą, w II ręczne wydobycie łożyska po porodzie. (Szczegół ten podaję dla dokładności, wiemy bowiem, że takie zabiegi, nawet aseptycznie przeprowadzone, często dają początek gorączce połogowej).

b) Wystąpienie choroby w I przypadku 4, w drugim 3 dnia po poronieniu, względnie po porodzie.

c) Początek choroby (dreszcze).

d) Zachowanie się ciepłoty ciała i częste poty, po których znów występowały dreszcze.

e) Cały ogólny obraz choroby i brak innych zmian, któreby powstanie gorączki i dreszczów usprawiedliwić mogły.

Co do działania surowicy przeciwpaciorkowcowej, to było ono w I przypadku, że tak powiem, typowe: po pierwszem zastrzyknięciu surowicy powtórzył się dreszcz tylko jeden raz, gorączka jednak spada stale i stan ogólny poprawia się już w kilka godzin po drugiem wstrzyknięciu.

Nie tak typowo przedstawia się działanie surowicy w przypadku drugim. Tu musiałem wstrzyknąć aż 100 grm. surowicy w ciągu 4 dni. Po każdorazowem wstrzyknięciu spadała gorączka wprawdzie wśród potów, nie trwa to jednak nad kilka godzin. Tylko w jednym dniu (1/6) udało mi się, wstrzykując surowicę co 4 godziny, utrzymać chorą w stanie prawie bezgorączkowym przez 25 godzin (od 8 rano do 9 rano drugiego dnia). Tłómaczę to sobie tem, że zakażenie ropne w tym przypadku było wyjątkowo silne.

Dobre wyniki, otrzymane w obu przypadkach, przypisuję działaniu surowicy.

Dodać jeszcze należy, że surowica nie spowodowała żadnych zaburzeń ubocznych; liczne ropnie skórne, które w okresie uzdrowienia wystąpiły w II przypadku, bardzo dobrze można wytłómaczyć samem zakażeniem chorobowem.

Dochodzę do następujących wniosków:

I. Surowica przeciwpaciorkowcowa (Marmorka) okazała się w dwóch moich przypadkach środkiem dla ustroju nieszkodliwym.

II. W gorączce połogowej stósowana w odpowiedniej dawce (w przypadkach ciężkich 4—5 razy dziennie) zdaje się, o ile z moich przypadków wnosić można, działać dodatnio na sprawę chorobową.

III. Użycie surowicy przeciwpaciorkowcowej w gorączce połogowej zdaje mi się jest lekowaniem lepszem, a nawet racyonalniejszem, niż postępowanie wyczekujące i objawowe.

IV. Oceny i sprawozdania.

Lubarsch: **Nowsze przyczynki do nauki o zapaleniu.** (*Dts. med. Woch.* 1898. 32, 33, 34, 35).

(Dokończenie).

W sprawie drugiego spornego zagadnienia, to jest powstawania błon rzekomych, dopiero w najnowszych czasach uwzględniono zapatrywanie Neumanna, że niekiedy błony te nie składają się ze skrzepów włóknika, lecz po największej części ze zwyrodniałych włóknikowato i zwiotczałych włókien tkanki łącznej. Neumann opiera się na spostrzeżeniu, że pokład przybłonka w zapaleniach błonicowatych błon śluzowych, a śródbłonka w zapaleniach włóknikowych błon surowiczych nieraz znajduje się nad, a nie pod błonami rzekomemi, i że niema ostrej granicy między błoną rzekomą a tkanką łączną błon surowiczych. Za Neumannem oświadczyło się niewielu badaczy, przeciw niemu występują Marchand, Orth i Ziegler. Niewątpliwą jest rzeczą, że istnieją zapalenia z błonami rzekomemi istotnie włóknikowemi, leżącemi nad przybłonkiem (zapalenia włóknikowe błon śluzowych); z drugiej jednak strony zdarzają się, zdaniem L., również z pewnością takie postacie zapalenia, w których błona rzekoma jest zmieniona i obrzękłą tkanką łączną (włóknikowe zapalenia opon mózgowych, opłucnej, — *„perihepatitis fibrinosa“*), a na jej powierzchni znajduje się śródbłonek, przechodzący bezpośrednio w śródbłonek części zdrowych; w takich błonach rzekomych znajduje się także jednak również włóknik, wpleciony między włókna łącznotkankowe.

Wobec tego jednak dawna ostra granica między zapaleniami włóknikowemi a błonicowatemi, stworzona przez Virchowa, nie może się, zdaniem L., nadal utrzymać. Jak wiadomo, istota zapalenia włóknikowego polegała wedle V. na złożeniu wypociny na powierzchni błony śluz. lub surowiczej; zapalenie błonicowate (dyfterytyczne w znaczeniu anatomicznem) miało się znamionować złożeniem wypociny w samem utkaniu i obumieraniem tych błon. Wobec badań Neumanna, wykazujących, że także i przy zwykłych zapaleniach włóknikowych mogą błony rzekome zawierać włókna łącznotkankowe zajętych błon, okazuje się różnica między zapaleniem włóknikowem a błonicowatem już tylko różnicą stopnia, jak to L. oddawna naucza. Ta różnica czysto ilościowa polega na rozległości martwicy. Należy także przyjąć, że przy prostych nawet zapaleniach włóknikowych odgrywa znaczną rolę także alteracya stałych komórek tkaninowych. Zapatrywania te nie są zresztą nowością, wygłosił je bowiem już Weigert w swojej pracy o krupie i błonicy.

Trzeciem spornem zagadnieniem jest udział komórek wędrujących w organizacyi produktów zapalnych. Jeszcze w roku 1890 odmówili sprawozdawcy tego zagadnienia na międzynarodowym zjeździe w Berlinie: Ziegler, Marchand i Grawitz, prawie jednozgodnie leukocytom wszelkiego udziału w wytwarzaniu tkanki granulacyjnej po zapaleniu, odnosząc tę sprawę jedynie do stałych komórek tkaninowych. Przeciw temu później dopiero wystąpili Arnold i Miecznikow. Spór ten rozstrzygnąć bardzo trudno, ponieważ komórki wędrujące, pochodzące z stałych komórek tkanin, prawie nie dadzą się morfologicznie i fizyologicznie odróżnić od komórek wędrujących, pochodzących z krwi; odnosi się to przynajmniej do komórek małych jednojądrzastych, tworzących znane „nacieki drobnokomórkowe“ (a uważanych zresztą przez Ribberta za zupełnie odrębny rodzaj komórek [1]) i do tak zwa-

[1]) porównaj sprawozdanie z prac Ribberta w »Przeglądzie lekarskim« z. r.

nych wielkich wędrujących leukocytów („leukocytoide Zellen“ Marchanda, „Clasmatocyten“ Ranviera). Spostrzeżenia, przytaczane przez Miecznikowa i jego uczniów, oraz Quertona na dowód, że leukocyty mogą dawać początek komórkom tkanki łącznej, nie są przekonywujące, odnoszą się bowiem do ruchliwości i fagocytozy komórek olbrzymich i przybłonkowatych; tymczasem stwierdzono, że wszelkie młode komórki, nawet pochodzące z tkanki łącznej lub przybłonkowej, mogą być obdarzone ruchem, wykonywać ruchy pełzakowate i posiadać własność fagocytozy. Wobec tego wypowiada L. następujące zapatrywania: 1) tkanka granulacyjna i tkanka łączna pochodzą w tak zw. organizacyi zapalnej głównie ze stałych komórek tkanki łącznej, oraz z komórek śródbłonkowych i komórek wędrujących, pochodzących z tkanin (histiogene Wanderzellen), 2) ani nie udowodniono, ani nie zbito dotąd stanowczo twierdzenia, że w małej części i tymczasowo powstaje w tych sprawach tkanka granulacyjna z komórek wędrujących, pochodzących z krwi (hämatogene Wanderzellen); rozstrzygnięcie tego zagadnienia nie wydaje się zresztą Lubarschowi tak wielkiego posiadać znaczenia, jakie mu dawniej przypisywano.

Określiwszy w ten sposób swoje stanowisko względem trzech głównych zagadnień współczesnej nauki o zapaleniu, wymienionych na wstępie, przechodzi L. do krytycznego rozbioru obecnie głoszonych pojęć zapalenia. W tym kierunku istnieją zapatrywania bardzo skrajne i prawie wręcz sobie przeciwne; nie dziw też, że wobec tylu sporów i sprzeczności pragnęliby Andral, a za nim Thoma, usunąć zupełnie pojęcie zapalenia z nauki. Zdaniem Thomy bowiem pojęcie to jest tak ogólnikowe i nieustalone, że pokrywa się prawie z pojęciem wszelkiego miejscowego schorzenia. Zapatrywania Thomy, acz wogóle nie zostały przyjęte, znalazły jednak echo w zdaniu Neumanna, że nie można wymienić zjawiska, któreby we wszystkich postaciach zapalenia stale się powtarzało, i że niejedno ze zjawisk zapalenia zdarza się w innych sprawach chorobowych, nic z niem nie mających wspólnego. Nawet Virchow zaznacza, że objęcie rozmaitych w zapaleniu występujących zjawisk wspólną nazwą jest potrzebą niętyle naukową, ile praktyczno-rozpoznawczą. Jakkolwiek ze stanowiska teoretycznego pomysł Thomy, aby zarzucić zupełnie pojęcie zapalenia, jest nader kuszący, to jednak nie może on się, zdaniem L., nigdy urzeczywistnić, a to przedewszystkiem ze względu na zaznaczone przez Virchowa potrzeby praktyczne, następnie zaś dlatego, że na razie nie mamy na miejsce zapalenia żadnego lepszego ogólnego pojęcia, którem by tamto zastąpić można. Thoma wskazuje wprawdzie na pojęcia etyologiczne, będące zdobyczą nowszych czasów; jednakże, zdaniem L., nie nadają się one w żaden sposób do zastąpienia pojęcia zapalenia, ponieważ pewne określone zjawisko chorobowe może powstawać pod wpływem bardzo różnych przyczyn. Chcąc naprzykład zamiast pojęcia „zapalenie włóknikowe płuc“ podstawić pojęcie etyologiczne: „sprawy chorobowej płuc, wywołanej przez pneumokokki“, nie mówimy nic więcej, jak, że jednym z warunków powstania choroby jest obecność tych drobnoustrojów, natomiast pomijamy zupełnie cechy anatomiczne i obraz kliniczny tej sprawy. Określenie byłoby z drugiej strony za obszerne, ponieważ pneumokokki mogą wywoływać zarówno płatowe, jak zrazikowe zapalenie płuca.

Aby wybrnąć z trudności, proponuje L. ograniczyć używanie pojęcia zapalenia, jak to się w miarę rozwoju nauki stało z innemi pojęciami. Pojęcie guza („Geschwulst“) oznaczało przed wystąpieniem Virchowa każde obrzmienie, każdy guz w najogólniejszem znaczeniu; dopiero Virchow przez swoje znakomite prace zredukował to pojęcie „Geschwulst“ do właściwych nowotworów. Nowsze teorye zapalenia mało na to zwracały uwagi. Cohnheim i Samuel jednoczą pojęcie zapalenia z pojęciem szczególnego zaburzenia w krążeniu, przyczem wcale nie uważają owej szczególnej alteracyi ścian naczyniowych za jedno z przechodzeniem przez nie ciałek białych, do czego przed laty 30-tu jeszcze się skłaniano. Jednakże to zaburzenie krążenia, prowadzące do wysięku części płynnych nie jest bezwzględnie dla zapalenia znamienne; Samuel sądzi, że wprawdzie przekrwienie żylne w połączeniu z nawałem tętniczym może działać pod tym względem podobnie, jednakże powstający wtedy przesięk posiada mniej białka i ciałek białych, a więcej ciałek czerwonych, niż wypocina zapalna. Jednakże różnica, zaznaczana przez Samuela, nie jest wcale jakościową, a tylko ilościową; wreszcie znane są wysięki zapalne dość ubogie w białko i ciałka białe, a obfitujące w ciałka czerwone. Jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że alteracya naczyń odgrywa bardzo ważną rolę w zapaleniu, to jednak nie jest ona tem samem co zapalenie, jak na to wskazuje choćby tylko zapalenie nieunaczynionych narządów (zastawek sercowych). Pokrewne z teoryą Cohnheim-Samuela jest określenie zapalenia, podane przez Zieglera: zapalenie jest miejscowem zwyrodnieniem tkanek, połączonem z chorobowym wysiękiem z naczyń przez ich ściany, do których to spraw prędzej lub później przyłącza się bujanie tkanek, prowadzące do odrodzenia się (regeneracyi) lub do przerostu. Wprawdzie nowsze badania wykazały, że istotnie we wszystkich zapaleniach istnieje zwyrodnienie tkanek, a raczej ich alteracya (czemu Thoma, krytykując określenie Zieglera, zaprzeczał), jednakże mimo to określenie Zieglera posiada wady. Stosując je, należałoby bardzo wiele postaci zapaleń śródsierdzia wyłączyć z gromady zapaleń, natomiast zaliczyć do niej znaczną część zwykłych spraw odrodczych (regeneracyjnych), zawałów, a nawet organizacyi zakrzepów.

Uznając trudność odgraniczenia spraw zapalnych od spraw odrodczych i organizacyjnych, wielu autorów starało się określić pojęcie zapalenia jak najszerzej. (Neumann, Ribbert, Grawitz, Miecznikow, Leber). Typem tych określeń mogłoby być określenie Ribberta: zapalenie jest summą wszystkich tych spraw, które są wywołane przez rozmaite szkodliwe czynniki, a pociągają ze sobą bezpośrednie oddziaływanie tkanin i cieczy ustroju na te właśnie czynniki. Tego rodzaju określenia jednak są prawie równoznaczne z pojęciem miejscowego schorzenia wogóle; trzymając się ich, nie można już wcale oddzielić od zapalenia pojęć odradzania się i chorobowej organizacyi. Również błędne jest określenie Miecznikowa, który zapalenie jednoczy z fagocytozą, nie obejmuje ono bowiem w sobie zapaleń, w których leukocyty żadnej, lub bardzo małą grają rolę. Leber określa zapalenie, jako sumę zjawisk życiowych, wyzwolonych przez dodatnio chemotaktyczne substancye, i to jednak określenie jest za obszerne, gdyż również zmuszałoby zaliczać do zapaleń wszelkie sprawy odrodcze i organizacyjne. Dążąc do ograniczenia pojęcia zapalenia, należy sobie, zdaniem L. zdać jasno sprawę z tego, że oddzielenie spraw odrodczych (regeneracyjnych) i patologicznej organizacyi od zapalenia jest tylko dowolne, konwencyonalne, mimo to jednak z praktycznych względów konieczne. Aby więc zaznaczyć wyraźnie dowolność tego rozróżnienia, proponuje L. następujące określenia: 1) Sprawy, toczące się w odradzaniu się, chorobowej organizacyi i zapaleniu są ściśle ze sobą związane; w istocie sprawy te rozdziela różnica co najwyżej ilościowa, a przedewszystkiem nasz sposób pojmowania rzeczy, 2) a) odradzanie się (regeneracya) jestto zastąpienie ubytku w tkankach przez fizyologicznie i postaciowo równowartościową substancyę, b) jako tak zw. patologiczną organizacyę należy pojmować sprawy, prowadzące do usunięcia lub otorbienia tkanek obumarłych lub ciał obcych i do wytworzenia się blizn, c) zapalenie należy określić jako skojarzenie (kombinacyą) alteracyi tkanek z chorobowem wypacaniem cieczy i komórek i z bujaniem (rozradzaniem się) komórek, o ile sprawy te pojawiają się jako samoistna sprawa chorobowa.

W określeniu tem omija się, zdaniem L., zagadnienia sporne, ponieważ nawet ci badacze, którzy uważają zaburzenie krążenia za pierwsze zjawisko zapalenia, nie przeczą, że w przebiegu zapalenia bujają komórki, dodatkiem zaś, „o ile sprawy te pojawiają się jako samoistne zachorzenie“, osiąga się praktycznie rozgraniczenie zapalenia od patologicznej or-

ganizacyi i t. d. Określenie to dozwala zarazem na naturalny podział zapaleń, według tego, która sprawa ze zdarzających się w zapaleniu zjawisk, gra rolę przeważną. Wówczas podzielić należałoby zapalenie w myśl Virchowa na 1) degeneracyjne (przewaga alteracyi tkanek, np. tak zw. miąższowe zapalenie nerek), 2) wypocinowe lub naciekowe (przewaga wypacania cieczy i komórek: zapalenie ropne i włóknikowe, zapalenie nerek międzymiąższowe), 3) proliferacyjne (przewaga bujania komórek n. p. *endocarditis verucosa*). Wreszcie zaznacza L., że zdaniem jego nie można przeprowadzić granicy między zapaleniami ostremi a przewlekłemi; można tylko powiedzieć, że te ostatnie odznaczają się przewagą spraw organizacyjnych; jednakże nawet wówczas odróżnienie ich od zapaleń proliferacyjnych jest prawie niepodobne. W każdym razie do przewlekłych zapaleń należy zaliczać same sprawy chorobowe, a nie ich następstwa np. zrostów błon surowiczych nie należy nazywać: „*pleuritis, peritonitis adhaesiva*“ lecz „*adhaesiones pleur*“ itd.

Doc. Ciechanowski.

V. Wyciągi.

Dr. Reinhardt: **O zewnętrznem nacięciu cewki moczowej**. *(Berl. kl. Wochschr.* Nr. 35. 1898*)*. Zwężenia cewki niedrożne, zwężenia powikłane przetokami, ropniami, nieżytem pęcherza etc., sprawy ropne i posocznicowate, pozostające w związku przyczynowym ze zwężeniem bliznowatem cewki, stanowią w klinice Königa wskazania do wykonania zewnętrznego nacięcia cewki moczowej. Sam zabieg operacyjny zasadniczo nie różni się od zasad ogólnie przyjętych. Różnice istnieją w pewnych tylko szczegółach technicznych. Podnieść należy jednak tę okoliczność, że w przypadkach zbliznowaceń okrężnych, zwłaszcza tam, gdzie tkanka bliznowata jest twardą i grubą, o ile sama blizna nie zajmuje znacznego odcinka cewki moczowej na długość, stara się K. całą tkankę bliznowatą wyciąć, a potem przybliżyć do siebie oba odcinki cewki moczowej, wysłane już teraz niezmienioną błoną śluzową. Lecz nawet w najkorzystniejszych warunkach nie zakłada szwu okrężnego, lecz tylko pojedyncze szwy ustalające na tylną (górną) ściankę cewki. — W leczeniu następowem nie używa nigdy cewnika do cewki „komornem“, niemiłego choremu i drażniącego cewkę aż do wywołania zapalenia. Ranę na międzykroczu tamponuje lekko i pozwala choremu przez nią mocz oddawać. Zwykle już po trzech tygodniach rana na międzykroczu zamyka się zupełnie i mocz w całości drogą przyrodzoną odpływa. Już jednak w 8-10 dni po operacyi rozpoczyna się systematyczne rozszerzanie cewki moczowej grubemi sondami, które już po zupełnem wyleczeniu powtarza się miesiącami w odstępach 8-dniowych. *Herman.*

Dr. K. Grundfest: **Przyczynek do poronnego leczenia dymienic**. *(Wien. kl. Wochschr.* Nr. 32. 1898). Z wielu stron zachwalane t. z. poronne leczenie dymienic, polegające, jak wiadomo, na wstrzykiwaniu w zajęte gruczoły rozmaitych płynów (nalewki jodowej, azotanu srebrowego, kw. karbolowego, sublimatu etc.), nie znalazło uznania na oddziale Prof. Mračeka Autor używał tam modyfikacyi Waelscha, który zalecał do wstrzykiwań 0·6% rozcz. soli kuchennej, po ewentualnej aspiracyi już wytworzonej ropy. Z 20 chorych, tak leczonych, wyzdrowiało 8; z pozostałych, 11 leczono w zwykły sposób chirurgiczny, jednego zaś udało się wyleczyć zastrzykiwaniem 1% rozcz. azotanu srebrowego. Kiedy się zważy, że wiele przypadków dymienic ustępuje w spokoju pod wygrzewającymi okładami i wcieraniem szaruchy, wyniki osiągnięte zmaleją do rozmiarów nie zachęcających do rozległych prób. *Dr. Herman.*

O. Lentz: **Przypadek pokrzywki krwawej**, (urticaria haemorrhagica) *(Berl. klin. Woch.* Nr. 39. 1898). Autor opisuje przypadek powyższej choroby, spostrzegany na oddziale Prof. Renversa w Berlinie; cierpienie to wystąpiło u 45 letniego chorego wśród objawów gorączki, obrzęku kilku stawów i nieżytu oskrzelowego. Wysypka pokrzywkowa z wynaczynieniami w skórze pojawiła się kilka razy w przeciągu kilkunastu dni i to nie tylko na znacznej przestrzeni skóry, ale i na podniebieniu, języczku gardłowym, języku i błonie śluzowej policzków, — doprowadzając na błonach śluzowych do zgorzeli. Cała sprawa trwała $4^1/_2$ tygodnia; 12-go dnia choroby wystąpiło powikłanie ze strony serca z gorączką, objawiające się skurczowym szmerem nad koniuszkiem i tętnicą główną. Przebieg kliniczny, badanie krwi i wydzieliu, wreszcie badanie anatomo-patologiczne, nie wyjaśniają wcale przyczyny w tym przypadku. To też autor przechyla się do zwykle przypuszczanego w przypadkach pokrzywki samozakażenia (autointoxicatio), które w tym przypadku, jako u człowieka żyjącego w złych warunkach bytu (posługacz publ.) i nadużywającego napojów wyskokowych, łatwo przypuścić można. Powikłania ze strony stawów i śródsierdzia odnosi L. do wytworzonych w ustroju toksyn, jak to bywa w przebiegu chorób zakaźnych, n.p. płonicy, odry i t. p.

F. K.

A. Frisch: **Pleśniawki** (soor) **pęcherza moczowego**. (*Wien. kl. Woch.* 39. 1898). Autor podaje historyę choroby ciekawego przypadku zapalenia pęcherza u 64-letniej kobiety, u której, obok zwykłych w tej chorobie przypadów, mocz zawierał znaczną ilość tworów kulistych, białawych, ziarnistych, widzialnych także przy badaniu wziernikiem na błonie śluzowej pęcherza moczow. C. g. moczu wynosił 1.026, oddziaływanie wybitne kwaśne, białka ślad, cukru 4%. Badanie drobnowidowe tworów wykazało pleśnie, obok skąpych ciałek ropnych i komórek przybłonkowych. Po oddaniu moczu kulki pleśni, przez osiadanie na nich kulek gazu, podnosiły się na powierzchnię płynu, aby wkrótce znowu opaść na dno. Leczenie polegało na przepłókiwaniu pęcherza rozcz. azotan. srebrowego 1 : 4000, które już po 4 tyg. do zupełnego wyleczenia doprowadziło. Wyraźne połączenie grzybków z kulkami gazu, obecność tak dużej ilości pleśni i duży odsetek cukru, — wskazywałyby, że mamy do czynienia z kiśnieniem wyskokowem cukromoczu, wywołanem obecnością grzybków, (takie przypadki istnieją w literaturze). Badanie Prof. Paltaufa wykazało, że kiśnienie i tworzenie się gazów (pneumaturia) wywołanem było przez *bacterium coli*, a istniejące pleśnie były przyczyną sprawy chorobowej, czyli że jestto jedyny w literaturze przypadek pleśniawek pęcherza moczowego. *F. K.*

Hamburger: **O wpływie przekrwienia żylnego na obumieranie zarazka wąglikowego w tkance podskórnej** *(Ctblt f. Bact.* 1898, XXIV. 9). Przekonawszy się w badaniach, że zabójcze działanie krwi i soków ustroju znacznie się wzmaga pod wpływem CO_2, stara się H. zapomocą ponownych doświadczeń dowieść, że podobnie dzieje się i w żywym ustroju pod wpływem przekrwienia żylnego. Aby wykluczyć działanie fagocytozy, umieszczał H. hodowle wąglika na kostkach z agaru, zawiniętych w papier pergaminowy. Aby zaś wyniki doświadczeń dokładnie módz sprawdzić, wprowadzał H. tak przygotowane hodowle w tkankę podskórną dwóch łap przednich zwierzęcia i na jednej łapie wywoływał przekrwienie bierne, na drugiej zaś nie. Wszystkie myszy, zaszczepione hodowlą, wyjętą po 7 do 16 dniach z tkanki podskórnej tej łapy, w której nie było przekrwienia, zginęły na wąglik; myszy zaś, szczepione hodowlą, wydobytą z drugiej łapy, w której wywołano przekrwienie, albo wyżyły, albo ginęły bardzo późno. Taksamo zachowywały się i króliki. Wynik doświadczeń był taki sam przy użyciu hodowli wąglika bez zarodników, jak z zarodnikami i samych zarodników. *C.*

Keller A: **Polewka słodowa, jako pożywienie dla osesków cierpiących na choroby przewodu pokarmowego.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift, Nr. 39, 1898).*

Gregor K.: **O wynikach sztucznego żywienia chorych osesków w poliklinice wrocławskiej**. *(Deutsche medici-*

nische Wochenschrift, Nr. 40, 1898). Usiłowania pedyatrów, by dzieciom, sztucznie żywionym, zapewnić odpowiedni pokarm, zdążały głównie do zbliżenia własności mleka krowiego do składu mleka kobiecego i do usunięcia w nim wszelkich zanieczyszczeń (przez wyjałowienie). Temi zasadami kierowali się Biedert, Gärtner, Backhaus i inni, podając swoje mieszanki, które przyczyniły się wprawdzie do zmniejszenia śmiertelności osesków z chorób przewodu pokarmowego, w znacznej liczbie przypadków nie były jednak w stanie odpowiedzieć swemu zadaniu. Ścisłe badania nad przemianą materyi w stanach fizyologicznych i patologicznych, wykonywane przez dłuższy czas w klinice wrocławskiej Czernego, naprowadziły na myśl przyrządzania pożywienia zupełnie odmiennego składu. Główna różnica od dotychczasowych mięszanek polega na tem, że polewka słodowa mało zawiera białka, mało tłuszczów, natomiast znaczna ilość łatwo się spalających wodników węgla i znaczną ilość alkaliów. Potrzebę tych ostatnich tłómaczy K. w ten sposób: u osesków cierpiących na choroby przewodu pokarmowego, wytwarzają się z istot białkowatych i tłuszczów nieprawidłowe połączenia kwasowe; kwasy te wessane do krwi, wiążą znajdujące się we krwi alkalia stąd też koniecznem jest doprowadzenie większej ich ilości. Polewka składem swoim nie wiele różni się od podanej jeszcze w roku 1865 polewki Liebiga, a sporządza się ją w następujący sposób: 50 grm. mąki pszennej rozrabia się w $^1/_3$ litra mleka krowiego i przecedza się; w innem naczyniu rozpuszcza się 100 gr. wyciągu słodowego w $^2/_3$ litrach wody przy 50° C; dodaje się do tego 10 ctm. 11% roztworu węglanu potasowego, następnie obie te mięszaniny zlewa się razem i gotuje. Dla dzieci poniżej 3 miesięcy, lub w cięższych stanach chorobowych, należy powyższą mieszaninę rozcieńczyć wodą.

W klinice wrocławskiej stósowano wszystkie dotychczas do sztucznego żywienia podane przetwory; żadnym jednak nie osiągnięto tak dobrych wyników, jak przy podawaniu tej polewki. Z 28 dzieci stałej kliniki, okazujących ciężkie objawy choroby przewodu pokarmowego, 5 zmarło, a u reszty stwierdzono przybytek na wadze największy 43·5 grm. dziennie, najmniejszy 11 gramów, przy ogólnym stanie bardzo pomyślnym i przy braku objawów krzywicy, która tak łatwo wytwarza się przy innem sztucznem żywieniu. Wyniki prześcignęły więc to wszystko, co dotąd przy pomocy innych przetworów osiągnięto.

Jako uzupełnienie powyższych wywodów, opartych na materyale kliniki stałej, ogłasza Gregor wyniki osiągnięte przy podawaniu przez $1^1/_2$ roku polewki 74 oseskom polikliniki. Wyniki te też są lepsze od poprzednio uzyskanych wyników, przy stósowaniu w tych samych warunkach innych przetworów, n. p. mleka Gaertnera tak, że autor nie waha się z pomiędzy wszystkich przetworów sztucznych, polecić na pierwszem miejscu powyższą polewkę, przypisując jej korzystne działanie na przewód pokarmowy u dzieci chorych, a uważając ją za doskonały środek odżywczy u dzieci zdrowych, które nie mogą być karmione piersią.

Doc. Dr. Raczyński.

Dr. Ekstein: **O leczeniu fosforem i trzebieniu w rozmiękczeniu kości połogowem.** (*Prager medicinische Wochenschrift.* Nr. 33, 1898.) Autor opisuje 5 przypadków rozmiękczenia kości połogowego u chorych, liczących od 25-50 lat, u których stosował leczenie fosforem w sposób, jaki zaleca Latzko, a mianowicie, podając codziennie przez kilka miesięcy łyżeczkę od kawy przetworu, zawierającego 0·06 fosforu na 100 gram tranu. W czterech przypadkach osiągnął E. wynik pomyślny, to znaczy, że bóle w kościach, których chore poprzednio doznawały przy dotyku i ruchach, ustąpiły zupełnie. W jednym przypadku leczenie pozostało bez skutku. Za główną przyczynę rozmiękczenia kości połogowego uważa autor złe warunki zdrowotne, w których żyją niższe warstwy społeczeństwa. To też polepszenie warunków higienicznych jest, zdaniem autora, najważniejszym środkiem leczniczym przy rozmiękczeniu kości połogowem. Lekowanie fosforem zaleca E w przypadkach lżejszych i to stósowane przez kilka miesięcy, w sposób wyżej podany.

W ciężkich przypadkach (Osteomalakiemarasmus) radzi autor trzebienie, ale tylko u osób młodszych, u których nie nastąpił jeszcze zwrot płciowy. *Piotrowski.*

Barskij: **Przypadek rzadkiej choroby skórnej** *Acanthosis nigricanis.* (*Wracz.* Nr. 33, 35, 37, 1898). Rzadka ta choroba dopiero od lat kilku zwróciła na siebie uwagę dermatologów: pierwszy Pollitzer w r. 1890, za nim Janowsky w tymże roku, opisali zaledwie po jednym przypadku. Autor, zbierając bardzo sumiennie literaturę tej choroby, był w stanie zgromadzić ledwo 22 przypadków. Darier pierwszy wypowiedział w r. 1893 przypuszczenie o ścisłym związku przyczynowym tej choroby z rakiem, które to przypuszczenie stało się ogólnem, pomimo że spostrzegano przypadki, w których raka nie znaleziono. Do tego rzędu należy i przypadek autora, cechujący się wszystkimi charakterystycznymi objawami *Acanthosis nigricans*, różny jednakże od innych pod tym względem, że: 1° raka nawet nie można było przypuszczać; 2° choroba rozpoczęła się we wczesnem dzieciństwie (w 2-im roku życia); 3° przebieg choroby długotrwały (przeszło 11 lat), a pomimo to chory żyje dotychczas i stan jego ogólny jest zupełnie zadawalniający; 4° chory uskarża się na powtarzające się często swędzenie, czego inni autorowie nie podawali. Opierając się zarówno na swoim, jak i na innych przypadkach, autor sądzi, że w *Acanthosis nigricans* mamy do czynienia z naruszeniem czynności układu spółczulnego, a mianowicie jego gałązek, zdążających do nadnerczy. Jak wykazał Mühlmann, istota korowa nadnerczy wytwarza pyrokatechinę, która przy uszkodzeniu układu spółczulnego dostaje się do krwi, a przy zetknięciu się z powietrzem brunatnieje, nadając powłokom charakterystyczne zabarwienie; związek więc omawianego cierpienia z rakiem byłby czysto przypadkowy i polegałby tylko na ucisku guzów rakowych na gałązki n. spółczulnego, prowadzące do nadnerczy, jak to rzeczywiście stwierdzono w 2 przypadkach (Darier i Kuznitzky), badanych po śmierci.

K. G.

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Haemolum hydrargyro-jodatum. Badaniom Rillego, Dixona, Mana i Aschnera, którzy środek ten uważają za jedno z najlepiej nadających się połączeń rtęci do podawania wewnętrznego, sprzeciwiają się prace Starka i Krzyształowicza [1]), którzy przy podawaniu hemolu, spostrzegali zaburzenia ze strony narządu trawienia. Być jednak może, że dodanie makowca (0.8—1.0 na 50, względnie 100 pigułek), jak to Kobert i Rille zalecają, usuwa wszelkie objawy uboczne.

Hexamethylentetraminum—znany już od 2 lat środek pod nazwą *urotropinum* lub *forminum.* Doświadczenia wykazały, że działa on dobrze w zapaleniu miedniczek nerkowych i pęcherza, połączonem z amoniakalnym rozkładem moczu. Casper używa go w lekkich a przewlekłych zapaleniach pęcherza, J. F. Windel podaje, że podając lek ten można usunąć fosfaturyą. Stósowano go też z dobrym skutkiem w zatruciu moczem, występującem wskutek wieloletniego ropienia w pęcherzu i miedniczkach nerkowych, u osób starszych. Działanie jego polega według Loebischa, na tem, że we krwi rozkłada się na swoje składniki, t. j. amoniak i formaldehyd; ten zaś ostatni, przechodząc przez nerki, rozpuszcza kwas moczowy. Najwygodniej podawać go w tabletkach, zawierających 0,5 grm. urotropiny. Podaje się tych tabletek 3 dziennie. Casper dochodzi do ośmiu.

Holocainum muriaticum. Są to bezbarwne igiełki krystaliczne, rozpuszczalne do 2% w zimnej wodzie, łatwiej jeszcze w gorącej. Roztwór wodny daje się dłuższy czas przechowywać.

[1]) Patrz »Przegląd lekarski«, 1897 r., Nr. 25, str. 317.

Według R. Heinza i wielu innych autorów, holokaina jest środkiem miejscowo znieczulającym i nadającym się w zastępstwie kokainy do leczenia oka. Zapuszczenie 2—4 kropli 1% wodnego rozczynu tego środka powoduje w ciągu jednej minuty zupełne znieczulenie rogówki i spojówki. Chociaż działanie holokainy jest więcej trującem, jak kokainy, to znowu nie wywołuje wysychania i odrywania się przybłonka rogówki, nie rozszerza źrenicy, nie działa na tęczówkę, ani nie wywiera wpływu na ucisk śródoczny. Ponieważ miejsce znieczulenia holokainą większem jest, jak przy kokainie, nadaje się ona także do znieczulania przy rwaniu zębów.

Zapisuje się:

Rp., *Holocaini mur. 0.1*

Aquae dest. steril. 10,0

Ds.: *Rozczyn holokainy do znieczulań miejscowych.*

Chevalier radzi nie zapisywać nigdy ilości większych, gdyż spostrzegał, że już po dniach 14 traci ona na sile.

Hydrargyrolum C_6H_4. $OH.SO_3Hg$. Łuski barwy czerwono-brunatnej, o zapachu korzennym, nie rozpuszczające się w wyskoku, rozpuszczalne zaś w wodzie i glicerynie. Ze względu, iż środek ten, mimo swych silnych przeciwzakaźnych własności, jest mało trującym, nie żrącym, ponieważ z rozczynu nie strąca białka i nie nadgryza metalu, poleca go Gantrelet do podawania wewnętrznego, także w rozczynie 4:1000 do celów chirurgicznych.

Ichthalbinum. Środek zalecany przez Sacha (połączenie ichtyolu z białkiem), zamiast ichtyolu. Jest to proszek szaro-brunatny, bez woni i prawie bez smaku, w żołądku się nie rozpuszczający, a rozkładający się w jelitach na pepton i ichtyol. Podawany wewnętrznie, działa dobrze przy wszelkich wysypkach, mających związek z zaburzeniami w narządzie trawienia. Wogóle można go podawać wewnętrznie zawsze, zamiast przykrego w smaku i nieznośnej woni ichtyolu. Zapisuje się w dawkach po 1.0—2.0 grm., dwa do trzech razy dziennie, bezpośrednio przed jedzeniem; proszek, wsypany do ust, popija się wodą.

Zewnętrznie w rozpadlinach rzyci (fissura ani) i przeciw świądowi przy krwawnicach (hemoroidach) stosuje się go, jako zasypkę

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. J. Zychoń.

Vasogen (utleniony węglowodan) znajduje coraz większe zastosowanie w dermatologii. Ullmann zachwala (*Münch. med. Woch* 23 24. 1898) używanie V. rtęciowego 50% i 30% (2 3 grm. na jedno wcieranie), gdyż łatwo wchodzi w skórę, nie drażni jej i szybko usuwa zmiany. Przeciw wszom na głowie stosował U zamiast maści rtęciowej 10% V. naphtolowego dla kilkakrotnego natarcia. Jodvasogen (6—10%) oddawał mu bardzo dobre usługi w sprawach zapalnych skóry lub tkanki podskórnej; 1½% rozczyn jodoformu w Vas. łagodzi bóle przy zapaleniach dziąseł i owrzodzeniach w jamie ust (*stomat. mercur., ulcer., aphtosa*). Nawet ichtyol (10% działa silniej w vas., niż w innej postaci. V dziegciowego (25% *ol. rusci*) używał autor z bardzo dobrym skutkiem przy wyprysku łuszczącym się, łupieżu głowy, łuszczycy, liszaju czerw płaskim i *dermatitis herpetiformis*. Przeciw świerzbowi zaleca Rp. *naphtol, bals. peruv. aa 10.0 Sap. kalin ven., cret. alb. p. aa 20.0 Vasog. sulf.* (3%) *spis. 40.0 m. f. ung. S. 2—4 razy natrzeć.*

F. K.

Tausig stosował *Airol* w licznych przypadkach ran głowy, które opatrywano suchym sposobem przez zasypywanie czystym airolem i założenie opatrunku z gazy wyjałowionej. W przypadkach tych, podobnie jak i w przypadkach owrzodzeń i oparzeń stwierdzano korzystne osuszające i pobudzające do ziarniny działanie airolu. W 30 przypadkach ostrej i przewlekłej rzeżączki, leczonej wstrzykiwaniami 10% z zawiesiny airolowej (*airoli 10.0, glycerini, aq. destill. aa 50,0*) osiągnięto trwałe wyleczenie w krótkim czasie. Tausig stosował też airol w zapaleniu pryszczykowem spojówki, również z dobrym skutkiem — jako zaletę tego leku podnosi on, że airol nie jest trujący, nie drażni, nie ma woni, wreszcie że jest tani (*Wiener med. Presse*, Nr. 45, 1898).

R.

Bonchristiani (*Supl. al policlinico 24. VIII 1898*) na podstawie bogatego doświadczenia uznaje *airol*, jako środek mogący zastąpić w praktyce chirurgicznej jodoform. W zetknięciu z tkankami airol uwalnia jod i skutkiem tego przybiera jasno żółtą barwę. Autor stosował airol w różnego rodzaju obrażeniach i równie dobrze nadaje się on do leczenia atonicznych wrzodów, sączących wyprysków skórnych, ropni i flegmon, jak i gruźlicy kości Dobre wyniki osiągnął też w zapaleniu ucha środkowego u dzieci, w którem airol znacznie skraca czas leczenia. Postępowanie przy tym sposobie leczenia jest następujące: najpierw należy oczyścić przewód zewnętrzny przez wytarcie gazą, potem go wysuszyć, a w końcu wprowadzić airol na tamponie. Można też zastosować maść: *Airoli 5 0, Glycerini* lub *unguenti simpl. 20.0*, wprowadzając ją do przewodu usznego na wacie.

R.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcya lwowska Towarz. lekarskiego galicyjskiego.

Posiedzenie naukowe w dniu 25 listopada, 1898 r.

Przewodniczący. kol. prof. Machek. Obecnych członków 48

1) Przewodniczący przedstawia nowych członków Sekcyi: koll. Staubera i Pelnara.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Kol. prof. Łukasiewicz przedstawia następujące przypadki ze względu na trudności w ich rozpoznaniu:

I. Mężczyzna 37-letni z ostrą gruźlicą (Tuberculosis cutis propria s. miliaris) na tyłogłowiu. Dwa owrzodzenia wielkości korony z miękkimi podminowanymi brzegami, pokryte wiotką, blado-różową ziarniną, tu i owdzie typowe gruzełki. Sprawa zaczyna się zaledwie powierzchownemi otarciami przyskórka, następnie drąży w głąb, a w niektórych miejscach zabliźnia się wytwarzając brodawkowatą powierzchnię, odpowiednio ziarninie, pokrywającej się przyskórkiem. Owrzodzenia te są nader podobne do *Ulcus rodens, lupus vulgaris*, jako też do wrzodów kilakowych, lecz podniesione charakterystyczne właściwości dla gruźlicy prosówkowej skóry odróżniają ją od wymienionych schorzeń. Na uwagę zasługuje ten przypadek także i z tego względu, iż postać ta gruźlicy rozwinęła się u zdrowego zresztą osobnika i z dala od otworów naturalnych ciała, gdzie ją zazwyczaj spostrzegamy. Chory, jako konduktor przy pociągach towarowych, pomaga często wyładowywać rozmaite podejrzane towary (skóry), prawdopodobnie uległ on zakażeniu.

II. przypadek dotyczy 40-letniego mężczyzny z objawami kilakowymi (w 7 lat po zakażeniu). (*Gummata exulcerantia frontis, periostitis tophacea sterni*). Owrzodzenia na czole są charakterystyczne, mają nacieklе brzegi i nieckowate, w głąb drążące dno. Różnią się one od wrzodów gruźliczych. Przed 7 laty stosował Łukasiewicz u chorego tego, zostającego wówczas w klinice wiedeńskiej z ciężką (suchą) postacią kiły, 5% wstrzykiwania sublimatu.

III przypadek: *Gummata exulcerantia ad nates* u 72-letniego mężczyzny, występujące w 50 lat po zakażeniu. Chory miał 14 zdrowych dzieci. Od lat czterech wystąpiły u niego guzy na pośladkach, które wrzodziejąc i zabliźniając się, sprowadziły słoniowacinę (elephantiasis) miejsc zajętych.

IV przypadek: *Lupus vulgaris papillaris et serpiginosus* u 52 letniej kobiety na lewem przedramieniu i kolanie.

V przypadek: *Eczema acutum bullosum* u 20-letniego mężczyzny, który z ograniczonym wypryskiem grzbietu lewej ręki po stosowaniu okładów z lysolu wtarł *ungtum contra scabiem* i sprowadził sobie na grzbiecie obu rąk i nóg liczne wykwity w postaci pęcherzy przypominających *Erythema exsudativum multiforme i Pemphigus vulgaris*.

W rozprawie nad przedstawionymi przypadkami zabierali głos koll.: Wehr, Rydygier, Uhma i prelegent, a mianowicie Kol. Wehr rozbiera wskazówki rozpoznawcze podobnych owrzodzeń, a poruszywszy objaw krwawienia, zestawia na podstawie własnych spostrzeżeń następujący szemat najwiotsze i najbardziej kruche naczynia mają owrzodzenia gruźlicze, mniej już kilakowe, potem idą owrzodzenia promienicze, a w końcu rakowate W przypadkach kol. Łukasiewicza trzebaby jeszcze zwrócić uwagę na promienicę.

Kol. prof. Rydygier przedstawia 2 obrazki (akwarelkę i fotografię), zdjęte z chorych klinicznych przez kol. Eljasza-Radzikowskiego wywołujące złudzenie jednego i tego samego cierpienia, mimo, że w jednym przypadku była gruźlica skóry pośladka, a w drugim kilakowe owrzodzenia.

Kol. Uhma interpeluje prelegenta, czy zna przyczynę, dlaczego objawy kiły na pośladku wystąpiły u przedstawionego chorego i w innych wogóle przypadkach tak późno i czy nie upatruje powodu w drażnieniu tego miejsca?

Kol. prof. Łukasiewicz wyklucza w tym przypadku wilka zwykłego na pośladku, jużto ze względu na wiek, gdyż wilk w tym miejscu pojawia się zwykle tylko u dzieci w wieku 6—8 lat, jużto ze względu na opisaną formę. Wyklucza także i promienicę, a przyznaje, że prędzej już możnaby myśleć o trądzie, gdyby przypadek ten nie był odosobnionym i posiadał dane wywiadowcze.

Późne wystąpienie objawów kiłowych przypisuje temu, że się chory nie leczył; zgadza się na to, że w miejscach częstego drażnienia występują często objawy kiłowe, ale formy wczesnej; — co do form zaś późniejszych nie chce się zapuszczać w liczne, a niestwierdzone teorye.

4) Kol. prof. Ziembicki przedstawia chorego po operacyi *varix aneurysmaticus* na udzie prawem. Cierpienie to powstałe po postrzeleniu się wskutek nieostrożności, a w 2 tygodnie po wyjęciu kuli rozpoznane na podstawie szmeru i tętnienia żylnego: usunięte zostało przez podwiązanie 4 podwiązkami żyły i tętnicy udowej.

5) Kol. prof. Ziembicki przedstawia chorego z nogą szpotawą (pes equinovarus congenitus) ze znacznem zniekształceniem, u którego przed rokiem usunął na drugiej nodze sposobem Farabeufa z bardzo dobrym wynikiem to samo cierpienie jeszcze wyższego stopnia, jak świadczy przedstawiony odlew gipsowy.

W dyskusyi zabierali głos koll.: prof. Rydygier i doc Barącz.

Kol. Doc Barącz twierdzi, że w wyborze sposobu operacyjnego wobec stopy szpotawej wrodzonej należy indywidualizować stosowanie do przewagi zmian anatomicznych w kościach lub częściach miękkich. W przypadkach ze znaczniejszem zniekształceniem kości śródstopia należy zabiegi wykonywać na kościach; w przypadkach u dzieci należy stósować albo modelujące naprostowanie Lorenza, albo operacyę Phelpsa. Co do zabiegów kostnych osiągnął kol. B. dobry wynik przez wyłuszczenie kości skokowej (talus), która największe przedstawia zniekształcenie. Przy stósowaniu sposobu Lorenza u małych dzieci mogą przydarzyć się nieprzyjemne powikłania: jak nadłamanie kości piszczelowej i zgorzel skóry na grzbiecie stopy; nadto, — pomimo zastosowania prawidłowego tego sposobu, — mogą nastąpić nawroty choroby. Bardzo dobre wyniki osiągnął kol B. przez zastósowanie modyfikacyi metody Phelpsa przez Kirmissona (przecięcie ścięgien mięśni: *tibi l. ant. i post.*, szerokie otwarcie stawu Choparta, Achillotenotomia) i sposób ten może zdaniem jego rywalizować ze sposobem Lorenza.

6) Kol. prof Rydygier przedstawia pomniejszony model nowego stołu aseptycznego własnego pomysłu. Ze względu, że daje się złożyć, jest łatwo przenośnym, a chory leży na płótnie, które łatwo przypiąć i aseptycznem uczynić można, sądzi prelegent, że najlepiej nadawać się będzie do laparotomij i do celów wojennych.

W dyskusyi przemawiał kol. Doc. Wehr, zaznaczając że z powodu łatwej rozciągliwości płótna, do celów ogólnych stół ten służyć nie może.

7) Kol. Marischler przedstawił wynik własnych spostrzeżeń z kliniki lekarskiej w odczycie p. t. «Przemiana azotu u chorych z *ascites*».

Rzecz będzie ogłoszoną drukiem.

Dr. Hojnacki,
sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 22 grudnia 1898 r.

* Na wczorajszem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. wybrani zostali członkami czynnymi Towarzystwa: Doc. dr. Seńkowski Michał i dr. Stahr Eliasz. Na delegata do powołanej przez Akademię Umiej. Komisyi, mającej wyznaczyć temat na pracę konkursową im. bł. p. dr. Jonatana Warschauera, wybrało Towarzystwo swego prezesa, prof. dr Jakubowskiego.

Wreszcie odbyły się wybory funkcyonaryuszów Towarzystwa na rok przyszły: prezesem wybrany został kol. prof. P. Pieniążek, wiceprezesem — kol. prof. K. Żuławski, sekretarzem dorocznym — dr. K. Lewkowicz; redaktorem — dotychczasowy redaktor — dr. A. Kwaśnicki; do Komisyi redakcyjnej powołani zostali: Doc. dr. L. Kryński, prof. dr. S. Ponikło, doc. dr. J. Raczyński i doc. dr. A. Rosner. Do Rady zawiadowczej i na Walne zgromadzenie Tow. lek. galic.: prof. dr. A. Gluziński i prof. dr. A. Mars

* *Otrzymaliśmy następujące pismo:*

»Gdy od dłuższego czasu pojawiają się w dziennikach anonsy jakiegoś indywiduum, mieniącego się doktorem Wańkiewiczem, przeto Izba Lekarska we Lwowie podaje do ogólnej wiadomości, że lekarza z tem nazwiskiem niema w spisach Izby, ogłoszenia te zatem pochodzić muszą od jakiegoś szarlatana, nadużywającego w celach wyzysku tytułu doktora.

Dr. Festenburg.
Prezydent Izby wschodnio-galicyjskiej.

* Na zasadzie ustawy z d. 2 lutego 1891 r. uchwalił Wydział Krajowy przedstawić Sejmowi wniosek o upoważnienie Wydziału do utworzenia w r 1899 dalszej seryi 14 okręgów sanitarnych, a to przedewszystkiem w następujących powiatach: grybowskim, ropczyckim, rudeckim, śniatyńskim, wielickim, tarnobrzeskim, sokalskim, sanockim, kossowskim, buczackim, brzeżańskim, jarosławskim, chrzanowskim i wadowickim.

* Stopień doktora medycyny w Uniw. Jagiell. otrzymał Zygmunt Wierzbicki.

* Dr. Władysław Harajewicz złożył w naszej Redakcyi kwotę 15 złr., którą pan H. Bukowski, znany obywatel w Stokholmie, przeznaczył dla galicyjskiej instytucyi wdów i sierót po lekarzach, w miejsce wieńca na trumnę ś. p. Dra Jana Harajewicza.

* Założenie państwowego instytutu dla higieny w Poznaniu zostało ostatecznie postanowione i ma nastąpić d. 1 kwietnia 1899 r.

— »Oesterreich. Sanitätswesen« podaje w Nr: 48 i 49 r. b. statystykę chorób zakaźnych w Austryi, a między innemi statystykę przypadków błonicy. Śmiertelność z tej choroby nieco większa w r. 1897 (29 6%), niż w r. 1896 (28 9%), wogóle jednak znacznie jest mniejsza obecnie, niż przed wprowadzeniem surowicy przeciwbłoniczej. Z leczonych surowicą zmarło 15 5%, z nieleczonych 37 9%. Surowica przyjęła się jako środek leczniczy najbardziej w Istryi, gdzie leczono nią 75% wszystkich chorych, potem na Szląsku (66%) i t. d. W sąsiedniej nam Bukowinie stósowano surowicę w 41% przypadków po niej dopiero następują Vorarlberg, Morawy, Karyntya, cała Austrya (37%), Austrya niższa (jeszcze 35%), a Galicya pozostała bardzo w tyle (tylko 16%). Mniejsza o to, że ten lub ów korespondent wiedeński pism lekarskich niemieckich (np. w »Münch. med. Wochs.» Nr. 49) poprzedzi tę niepocieszającą liczbę kropkami i zaopatrzy wykrzyknikiem. Sama ta okoliczność, że surowica u nas tak mało znalazła uznania, daje dość do myślenia.

— »Klinisch-therapeutische Wochenschrift« umieszcza w »Przeglądzie prasy lekarskiej austro-węgierskiej« od niejakiego czasu sprawozdanie z »Przeglądu lek.«.

* Dzięki inwestycyom jubileuszowym obywatele austryaccy posiadać będą własny szpital w Konstantynopolu.

* Serbska skupczyna uchwaliła założyć Uniwersytet w Belgradzie. Nie wiemy, czy obejmie on i wydział lekarski, a byłoby to bardzo potrzebne, gdyż poza Pragą, Krakowem i Lwowem nie posiada słowiańszczyzna austryacka i bałkańska ani jednej szkoły lekarskiej. W pierwszym rzędzie powinienby się uzupełnić Wydziałem lekarskim Uniwersytet w Zagrzebiu.

— Liczba lekarzy kobiet wynosiła w Stanach Zjednoczonych w roku 1870 — 527; w roku 1890 wzrosła na 4555, a w roku zeszłym na 6882.

— Znalazł się następca księdza Kneippa w osobie pastora Felkego w Mörs nad Renem; nowy cudotwórca leczy wszystko wilgotną gliną! — ; podobno już do Mörs ciągną nie mniejsze pielgrzymki, jak niegdyś do Wörishofen

Mianowania i odznaczenia: Dr. Briggs mianowany został profesorem położnictwa w Liwerpoolu.

Na tablicę pamiątkową dla ś. p prof. Alfreda Obalińskiego wpłynęły do dnia 20 b. m. następujące datki: Prof. Dr. Reiss 10 złr.; Dr. Podobiński z Wieliczki 3 złr.; Dr. A. Kwaśnicki 10 złr.; wdzięczni pacyenci: P. Stanisław Burzyński i P. Antoni Dorożyński po 10 złr. — **razem z poprzednimi złr. 98.**

Dr. M. Rutkowski,
(Kraków, klinika chirurgiczna).

Do dzisiejszego Nru dołącza się dla prenumeratorów zamieszkałych w obrębie Monarchii Austryackiej Prospekt **Postępu okulistycznego.**

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki**

Rok XXXVII. Kraków, 31. Grudnia 1898. Nr. 53.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z zakładu higieny Prof. O. Bujwida.

Doświadczenia nad wyjaławianiem w przyrządzie sterylizacyjnym Łepkowskiego-Hellera

Podał
Dr. Fr. Bernaciński.

Szereg doświadczeń, przeprowadzonych w kilku ostatnich latach przez J. Ortha w Göttingen i Trillata w Paryżu nad własnościami formaliny, spowodował, że przetwór ten polecono, szczególnie w Niemczech, do odkażania większych przestrzeni, jak n. p. sale chorych, koszary, składy odzieży i t. p. Chociaż w odkażaniu tego rodzaju nie okazała się formalina bezwzględnie bez zarzutu, jak to z doświadczeń Trillata wynika, jednak nie porzucono myśli zastąpienia nią dotychczasowego sposobu wyjaławiania rozmaitych przyborów i narzędzi chirurgicznych, a to ze względu na łatwość, z jaką odkażanie formaliną przeprowadzić można. W tym celu podają autorowie rozmaite przyrządy i do ich rzędu należy też zaliczyć przyrząd sterylizacyjny pomysłu pp. Doc. Dr. Łepkowskiego i magistra farmacyi p. Hellera.

Przyrząd ten składa się z szklanego cylindra z umieszczonym wewnątrz cylindra metalowym koszyczkiem, służącym do ustawienia przedmiotów przeznaczonych do odkażenia. Pierwiastkiem odkażającym jest lotny bezwodnik kwasu mrówkowego, który ulatnia się z pastylek, znajdujących się na dnie przyrządu pod koszyczkiem. Podczas wyjaławiania zamyka się przyrząd wieczkiem, którego boczne ściany smaruje się waseliną, żeby lotna formalina nie uchodziła i ciągle działała na przedmioty, poddane odkażeniu.

Przedmiotami zaś, które się nadają do odkażania w tym przyrządzie, są szczoteczki do rąk, zębów, cewniki, sondy, szczypczyki i t. p.

Celem oznaczenia wartości i siły desinfekcyjnej tego przyrządu przeprowadziłem kilka doświadczeń, których wynik podaje niżej umieszczona tabliczka. Kierując się wskazówkami, udzielonemi mi łaskawie przez pana Prof. O. Bujwida, przeprowadziłem je w sposób następujący:

Po przygotowaniu świeżych hodowli prątków zmywałem je wodą wyjałowioną z pożywek. W tej wodzie zanurzałem dwie szczoteczki, poprzednio wyjałowione i wstawiałem je do przyrządu sterylizacyjnego na przeciąg 24 godzin. Równocześnie dla kontroli umieszczałem w cylindrze wyjałowionym trzecią szczoteczkę, zaprawioną w podobny sposób wodą, zawierającą te same drobnoustroje, co szczoteczki w przyrządzie i zamykałem go również na czas 24 godzin. Po upływie tego czasu opłókiwałem wszystkie trzy szczoteczki w wodzie wyjałowionej, która przez to stawała się mętną. Następnie szczepiłem tej mętnej wody trzy kropelki, zawarte w kółku drucika platynowego, jakiego zwykle używa się do szczepień bakteryologicznych, na odpowiednie pożywki, jak żelatyna, agar, agar glicerynowy, agar z surowicą, surowica i t. d., a wynik tych szczepień podaję w następującej tabliczce, w której znak + oznacza wynik dodatni, t. j. wzrost bakteryj, znak zaś — wynik ujemny, t. j. bakterye zostały zniszczone.

PRZYRZĄD					CYLINDER				
Rodzaj bakteryj i ich pochodzenie	Sposób szczepienia	Kiedy	Pożywka	Wynik szczepienia	Rodzaj bakteryj i ich pochodzenie	Sposób szczepienia	Kiedy	Pożywka	Wynik szczepienia
1. a) Bakterye wzięte z jamy ust przez potarcie 2 szczoteczek o dziąsła	b) Szczepione po opłokaniu obu szczoteczek w wodzie wyjałowionej po 3 krople	c) po 24 godz. odkażania w przyrządzie Łepkowski-Heller	d) na żelatynę	e) —	jak przy a)	jak przy b) jedna szczoteczka	po 24 godz. pozostania w zamkniętym wysterylizowanym cylindrze	jak przy d)	+ po 3-ch dniach kolonie rozmaitych bakteryj
2. a) Prątek Löfflera po zmyciu wodą wyjałowioną świeżej hodowli przez zanurzenie 2 szczoteczek, w wodzie z opłókania	b) Dto	c) Dto	d) na surowicę	e) —	jak przy a)	jak przy b)	Dto	na surowicę	+ po 24 godzinach
3. a) Dto gronkowiec ropotwórczy złoty	b) Dto	c) Dto	d) na agar	e) —	jak przy a)	jak przy b)	Dto	na agar	+ Dto
4. b) Dto paciorkowiec	b) Dto	c) Dto	d) na agar z surowicą	e) —	jak przy a)	jak przy b)	Dto	na agar z surowicą	+ Dto

Doświadczenia z tymi drobnoustrojami rozpocząłem w ten sposób, że otrzymane wprost z handlu szczoteczki dwie wyjałowiłem w przyrządzie Łepkowskiego Hellera, a równocześnie trzecią ustawiłem dla kontroli w cylindrze wyjałowionym. Po wysianiu wody z opłókania wszystkich szczoteczek na żelatynę otrzymałem kolonie bakteryj tylko z wody, użytej do opłókania szczoteczki kontrolnej. Następnie wyjałowiłem w sterylizatorze wszystkie szczoteczki i przystąpiłem do doświadczeń z drobnoustrojami w porządku wymienionym w tabliczce.

Z porównania wyników szczepień, uwidocznionych w tablicy okazuje się, że przyrząd sterylizacyjny Łepkowskiego-Hellera jest bardzo dobry do odkażania przyborów toaletowych i drobnych narzędzi chirurgicznych, że odkażenie jest pewne, gdyż przedmioty znajdują się ciągle pod odkażającem działaniem lotnej formaliny, której ujść nie dozwala hermetyczne zamknięcie przyrządu. Nieposlednią nadto zaletą tego przyrządu jest to, że przedmioty należy tylko umieścić w nim, bez żadnych dalszych zachodów, aby je mieć wyjałowione po upływie dosyć krótkiego czasu.

II. Stopa szpotawa wrodzona.

(Rzecz opracowana na podstawie 50 przypadków własnych).

Podał

Dr. H. Schramm,

docent chirurgii w Uniw. lwowskim.

(Dokończenie).

Drugą operacyą, jaką często wykonać musimy dla łatwiejszego usunięcia stopy szpotawej, jest przecięcie powięzi podeszwowej w przypadkach, w których nadmierne jej skrócenie przeszkadza bardzo usunięciu addukcyi stopy. Operacyę tę wykonujemy również podskórnie w ten sposób, że wbija się wązki prosty tenotom na wewnętrznym brzegu stopy w miejscu jej największego zagięcia między skórę a powięź, przez naciągnięcie przedniej części stopy w kierunku abdukcyi powięź się napina i przecina się ją z zewnątrz ku wewnątrz. Obawy zranienia ważniejszych części niema, gdyż tętnica podeszwowa wewnętrzna i nerw leżą zbyt głęboko, aby je można uszkodzić przy cokolwiek ostrożniejszem wykonaniu operacyi.

Oprócz tych dwóch zabiegów polecali różni autorowie przecinanie różnych ścięgien: Wright przecina ścięgno m. piszczelowego tylnego, przedniego i ścięgno Achillesa; Tappert rozpoczyna leczenie przecięciem ścięgna m. goleniowego przedniego, a po kilku dniach przecina powięź podeszwową i ścięgno Achillesa; Brodhurst, upatrujący główny powód powstania stopy szpotawej w skróceniu części miękich, przecina ścięgna mm. goleniowego tylnego, zginacza długiego palucha, goleniowego przodkowego, ścięgno Achillesa i powięź podeszwową; Parker nadto radzi przeciąć więzadło boczne wewnętrzne, więzadło piętowo-czółenkowe i napiętko-czółenkowe.

Wszystkie te operacye przy dokładnem sprostowaniu sposobem Königa lub Lorenza są w przeważnej części przypadków zbyteczne, a nadto wykonanie ich podskórne, zwłaszcza zaś przecięcie ścięgna m. goleniowego tylnego, bardzo trudne i niepewne. W przypadkach więc bardzo opornych, w których sprostowanie napotyka na zbyt wielkie trudności, lepiej jest zamiast tych podskórnych licznych tenotomij wykonać operacyę podaną przez Phelpsa, a polegającą na otwartem przecięciu części miękich po wewnętrznej stronie stopy. Operacya ta, opisana przez Phelpsa na Zjeździe międzynarodowym w Kopenhadze w r. 1884, zyskała uznanie wielu wybitnych chirurgów. Schede, Levy, Hensel, Kirmisson, Motte osiągnęli przy jej zastosowaniu w ciężkich przypadkach doskonałe wyniki; Büngner i Noyon nawet podają przypadki, w których nawrót stopy szpotawej po poprzednio wykonanej resekcyi klinowej uleczyli zapomocą operacyi Phelpsa; również Karewski podaje, że pomiędzy 28 przypadkami, leczonymi przez niego metodą Phelpsa, było wiele takich, w których poprzednio przez fachowców stosowana tenotomia i sprostowanie forsowne lub w etapach nie doprowadziło do celu.

Operacya Phelpsa wykonuje się w następujący sposób: po przecięciu ścięgna Achillesa, zakłada się na podudzie opaskę Esmarcha i prowadzi się cięcie prostopadle do stopy w środku między kostką wewnętrzną a stawem Choparta, długie na 2—3 cnt. Tuż koło kostki wewnętrznej natrafia się na ścięgno m. goleniowego tylnego i przecina się go, następnie, kierując nóż nieco łukowato tuż popod kostkę wewnętrzną, przecina się więzadło boczne wewnętrzne (deltoideum), przyczem naturalnie otwiera się staw skokowy. Jeżeli obecnie wyprostowanie nie udaje się całkiem łatwo, natenczas wyszukuje się głębiej, ewentualnie po przedłużeniu cięcia ku dołowi, ścięgno długiego zginacza palców, mięśnia odwodzącego i mięśnia zginacza palucha długiego, i przecina się je z zachowaniem ostrożności, aby nie uszkodzić naczyń i nerwów leżących tuż pod mięśniem odwodzącym palucha. Prawie we wszystkich przypadkach udaje się teraz doprowadzić stopę do prawidłowego położenia; w wyjątkowych przypadkach, w których mimo wykonania wyżej wymienionych zabiegów jeszcze napotykamy znaczny opór przy sprostowywaniu stopy, trzeba otworzyć szeroko staw między kością skokową a czółenkową, na co szczególnie kładzie nacisk Kirmisson, lub przeciąć linijnie szyję kości skokowej. Ranę, szeroko otwartą, tamponuje się gazą jodoformową lub, według Schedego, pokrywa się tylko gazą tak, aby po zdjęciu opaski Esmarcha cała rana mogła się wypełnić skrzepem krwi, i zakłada się opatrunek przeciwgnilny, a na to gipsowy w prawidłowem położeniu stopy. Opatrunek ten pozostaje przez 3 do 4 tygodni, a po zdjęciu go rana zwyczajnie jest już gładko zagojona. Przez następne 4 do 5 miesięcy zmienia się opatrunek co 2 lub 3 tygodnie, a przy każdej zmianie wykonuje się masowanie, ruchy czynne i bierne stopy, w celu wzmocnienia mięśni. Przez cały ten czas dziecko może chodzić; po tem zaś, a według żądania niektórych chirurgów zaraz po zdjęciu pierwszego opatrunku gipsowego, dostaje dziecko odpowiedni but do chodzenia. Pamiętać bowiem należy, że i po operacyi Phelpsa leczenie następowe może trwać dość długo, najmniej rok; przez ten czas powinien lekarz oglądać pacyenta w odstępach czasu raz lub dwa razy na miesiąc, aby występujące ewentualnie zboczenie natychmiast poprawić; w razie zaniedbania tej ostrożności może bowiem nastąpić nawrót cierpienia, jak to opisuje Nasse. Z pomiędzy mych przypadków wykonałem

operacyę Phelpsa u 5 dzieci między 2 a 3 rokiem życia, a mianowicie w 3 (2 chł. 1 dziew.) po obu stronach, a u 2 chłopców po jednej (lewej) stronie. Dwa z nich, oba u chłopców 3-letnich z obustronną stopą szpotawą, były tak uparte, że mimo sprostowania forsownego nie udało mi się doprowadzić do zupełnie prawidłowego położenia stopy. Nadto dzieci, po wyjściu ze szpitala w opatrunku gipsowym, wracały po 3—5 tygodniach bez, lub z zupełnie zniszczonym opatrunkiem, a stopa pozostawała znów w wadliwem położeniu, jak przed zabiegiem. Operacya Phelpsa, połączona z przecięciem szyi kości skokowej, doprowadziła w obu przypadkach w ciągu $^1/_2$ roku do zupełnego i stałego wyleczenia. Również i u 3 innych dzieci, u których obyło się bez operacyi kostnej, wynik ostateczny jest zupełnie zadowalniający.

Oprócz wyżej wymienionych operacyj polecano w celu leczenia, zwłaszcza wyższych stopni stopy szpotawej, rozmaite inne zabiegi, których zestawienie według Lorenza jest następujące:

A. Osteotomie:

1) Linijne przecięcie kości czółenkowej od strony podeszwy (Hahn).

2) Linijne przecięcie kości podudzia ponad stawem skokowym (Hahn, Vincent); ten ostatni radzi raczej złamanie (osteoklazyę).

B. Wyłuszczenie kości:

a) *jednej kości:*

3) Wyłuszczenie kości sześciennej (Little, Solly).

4) Wyłuszczenie kości skokowej (Lund, Mason).

5) Wyłuszczenie kości skokowej z odcięciem końca kostki wewnętrznej (Mason, Riedl).

6) Wyskrobanie istoty gąbczastej z kości skokowej z pozostawieniem powierzchni stawowych (Meusel, Vérebely).

7) Wyłuszczenie kości skokowej i wypiłowanie w całej grubości wyrostka przedniego kości piętowej klina prostopadłego i podstawą na zewnątrz zwróconego (Hahn).

b) *Wyłuszczenie kilku kości:*

8) Wyłuszczenie kości skokowej i sześciennej (Albert, Hahn).

9) Wyłuszczenie kości skokowej, sześciennej i czółenkowej (West).

10) Wyłuszczenie kości czółenkowej i sześciennej (Bennet).

C. Wypiłowanie kości:

11) Wypiłowanie główki kości skokowej (Lücke, Albert).

12) Wypiłowanie klina z zewnętrznej połowy szyi kości skokowej (Hüter)

13) Wypiłowanie klina z zewnętrznej części stopy, obejmującego różne kości (Weber, Davies-Colley, Davy, Schede).

14) Wypiłowanie dwóch klinów, stojących prostopadle na sobie z podstawą na zewnątrz ze stawu Choparta i ze stawu skokowo-piętowego (Rydygier); wreszcie

15) w ostatnich latach polecił Hopkins wycięcie kawałka $^1/_2$—1 cnt. długiego z kości strzałkowej i sposobem tym w jednym przypadku osiągnął dobry wynik.

Z pomiędzy tego długiego szeregu operacyj miałem sposobność wykonać tylko dwie. U dziewczynki 8-letniej, o której już wyżej wspomniałem, wykonałem wycięcie kości skokowej po obu stronach. Operacyę tę wykonałem w zwykły sposób, a więc po uśpieniu chorej i założeniu opaski Esmarcha, zrobiłem najpierw tenotomię ścięgna Achillesa, następnie poprowadziłem cięcie nieco łukowate od kostki zewnętrznej, przez najwyższą wypukłość szyi kości skokowej, aż do ścięgien m. prostujących palce od razu aż do kości; następnie odciągnąłem ścięgna m. strzałkowych na zewnątrz, przeciąłem więzadła napiętko-strzałkowe (talo-fibulare) i strzałkowo-piętowe (fibulo-calcaneum), a podważywszy kość skokową zapomocą elewatora, przeciąłem więzadło w zatoce stępu (sinus tarsi). Teraz chwyta się kość w silne kleszcze i unosząc ją ku górze, przecina się najlepiej krzywemi nożyczkami wszystkie połączenia z sąsiedniemi kośćmi kolejno. Po wyjęciu kości stopa bez trudności dała się doprowadzić do położenia prawidłowego; ranę skórną dokładnie zespoiłem, a po założeniu opatrunku przeciwgnilnego ustaliłem stopę w należytem położeniu zapomocą opasek gipsowych. Po zastósowaniu leczenia ściśle antyseptycznego wygojenie rany nastąpiło przez rychłozrost. Ostateczny jednak wynik, stwierdzony za lat kilka, jak to już wspomniałem wyżej, nie był wcale zadowalniający. Tę samą operacyę wykonałem po raz drugi w roku 1888 u chłopca 12-letniego, cierpiącego na stopę szpotawą wysokiego stopnia po stronie lewej. Wynik operacyjny bezpośredni i w tym przypadku był pomyślny; chory opuścił szpital w 4 miesiące z opatrunkiem z szkła wodnego i stopą, pozostającą w położeniu zupełnie prawidłowem. O dalszym losie tego pacyenta nie mogłem się niestety nic dowiedzieć.

Drugą operacyę, t. j. wycięcie klina kostnego podług Davyego, wykonałem jeszcze w r. 1886 u dziewczynki 12-letniej, u której po stronie lewej znajdowała się stopa szpotawa wysokiego stopnia z bardzo rozwiniętą domieszką stopy końskiej. U dziewczynki tej poprowadziłem, również po poprzedniej tenotomii m. Achillesa, cięcie poprzeczne od wewnętrznego brzegu kości czółenkowej po przez największą wypukłość stopy aż do jej zewnętrznego brzegu przez skórę i powięź; brzegi rany nieco od podstawy oddzieliłem, następnie odciągnąłem hakami ścięgna m. prostującego palce na wewnątrz, oraz ścięgno mm. strzałkowych na zewnątrz, odsłoniłem dokładnie staw Choparta i wyciąłem szerokiem dłutkiem klin, podstawą swą zwrócony na zewnątrz, obejmujący części kości skokowej, piętowej i sześciennej, a ostrzem swem sięgający przez całą grubość kości czółenkowej. Po wyjęciu tego klina stopa dała się ułożyć w położeniu prawidłowem, zatem po zespojeniu rany skórnej kilkoma szwami węzełkowymi i pokryciu rany opatrunkiem przeciwgnilnym, ustalono stopę zapomocą opasek gipsowych.

W celu oznaczenia grubości klina, jaki należy wyciąć, radził Davy robić odlew gipsowy stopy z danego przypadku i na nim oznaczyć grubość klina. Hirschberg podał nawet matematyczną formułkę Zahlfussa, mającą służyć do obliczenia grubości klina. Najbezpieczniej i najpewniej jest wyciąć najpierw klin niezbyt gruby, spróbować czy stopa da się doprowadzić do prawidłowego położenia, a w przeciwnym razie wyciąć jeszcze jedną lub kilka blaszek kostnych. W przypadku wysokiego stopnia stopy szpotawej dobrze też jest przeciąć ścięgno mięśnia goleniowego tylnego, przez co naprężenie części miękich po stronie wewnętrznej się zmniejsza i do osiągnięcia prawidłowego położenia stopy może wystarczyć wycięcie mniejszego klina, co ze względu na skrócenie stopy nie jest rzeczą obojętną.

W przypadku moim wynik bezpośredni po wygojeniu rany był, jak to widać z załączonej ryciny *(Fig 14 a—b)* wcale



(Fig. 14a).



(Fig. 14b).

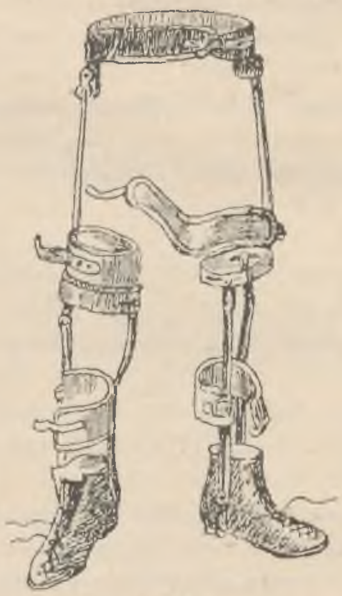
zadowalniający. Stopa dotykała ziemi całą swą podstawą, skrócenie jej względnie bardzo małe. Wynik ten nie był niestety stale tak dobry. Według wiadomości listownej, otrzymanej przed rokiem, chód dziecka już w kilka miesięcy po operacyi stał się dość bolesny, a obecnie zatem, w 11 lat po operacyi, stopa jest znacznie krótszą niż zdrowa, skręcona dość znacznie na wewnątrz, chód mozolny, nieelastyczny i bolesny przy cokolwiek większem używaniu nogi.

Operacye kostne u dzieci liczyły do niedawna licznych zwolenników. I tak, E. Ried polecał wycinanie kości skokowej w celu usunięcia stopy szpotawej nawet u dzieci między 1 a 6 rokiem życia; Berg wykonywał ją u dzieci między 7. a 14. rokiem życia, Agostini, Gulde, L. Championnière i Gohl polecali resekcyę kostną przy stopie szpotawej u dzieci w przypadkach, w których sprostowanie jej natrafiało na znaczne trudności. Nowsze jednak badania doprowadziły do zmiany tych zapatrywań; przekonano się bowiem, że takie operacye rozległe na szkielecie stopy pociągają za sobą zawsze upośledzenie jej funkcyi. Doświadczenia na klinice Volkmanna, opisane przez Büngnera, przekonały, że mimo wykonania operacyj kostnych na stopie szpotawej, nawet bardzo rozległych, przychodzi często do nawrotu zboczenia; to samo stwierdziły doświadczenia Noyona i do tego samego przekonania przyszedłem także i ja na podstawie moich spostrzeżeń. Spostrzeżenia te przekonały mię też, że zdanie, wypowiedziane przez L. Championnière, Hahna i innych, jakoby po tych zabiegach leczenie następowe było krótsze i mogło się obejść bez stósowania przyrządów, ustalających stopę, — nie jest słuszne. W obu mych przypadkach nastąpił nawrót, w wyższym nawet stopniu w przypadku leczonym zapomocą operacyi wycięcia kości skokowej. Przychylam się też obecnie zupełnie do zdania Hoffy, że operacye te wskazane są tylko w ciężkich przypadkach stopy szpotawej u dorosłych, zwłaszcza przy istnieniu kostnych zrostów między poszczególnemi kośćmi stopy; u dzieci wystarczy prawie zawsze sprostowanie bądź to zapomocą rąk, bądź z pomocą odpowiednich przyrządów, a w upartych przypadkach można się uciec do operacyi Phelpsa.

Wkońcu muszę jeszcze powiedzieć parę słów o zboczeniu, z którem spotykamy się w bardzo wielu przypadkach stopy szpotawej wrodzonej, a które, nie będąc usunięte, powoduje łatwo powrót zboczenia stopy. Zboczeniem tem jest skręcenie dolnej części podudzia na wewnątrz, pociągające za sobą w następstwie także i skręcenie całej kończyny w tym kierunku. Usunięcie tego zboczenia jest u dzieci małych stosunkowo dość łatwe: w tym celu można opaskami przymocować stopy dziecka mocno na zewnątrz skręcone do płaskiej deszczułki poziomo ułożonej w łóżku, jak to podał Heusner, lub uwiązuje się oba podudzia opaskami tak, aby pięty przylegały mocno do siebie, a pomiędzy oba palce duże wsuwa się odpowiednio długą, dobrze wyścieloną deszczułkę.

Dobre usługi oddaje także przyrząd Lauensteina, składający się z szyny żelaznej, przebiegającej wzdłuż stopy, a umocowanej pod odpowiednim kątem na szynie poziomej, lub połączonej z nią zawiasem tak, aby stopa własnym ciężarem lub sztucznie obciążona opadała zawsze na zewnątrz. W kilku moich przypadkach osiągałem ten sam skutek przez przymocowanie stopy dziecka do pościeli łóżka zapomocą agrafki, wpiętej w opatrunek koło palca małego. Sposoby te można także stósować i u starszych dzieci, gdy leżą w łóżku.

W celu utrzymania potrzebnej rotacyi stóp na zewnątrz podczas chodzenia służą różne przyrządy. W przyrządzie podanym przez Hoffę szyna zewnętrzna połączona zawiasem z pasem miednicowym jest skręcona około swej osi podłużnej



(Fig. 15).

na zewnątrz i przez swą elastyczność utrzymuje całą kończynę w rotacyi na zewnątrz. Przez większe lub mniejsze skręcenie szyny można nadać kończynie odpowiednie do danego przypadku położenie. Beely starał się osiągnąć potrzebny stopień skręcenia kończyny zapomocą pasa elasty-

cznego, idącego od zewnętrznej szyny udowej na jednej kończynie do zewnętrznej szyny w drugiej kończynie. Naturalnie, że tym sposobem obie kończyny muszą być skierowane na zewnątrz. Więcej zawikłane są przyrządy podane n. p. przez Sayrea, który obraca kończynę zapomocą śruby bez końca, umieszczonej w szynie udowej, lub przez Doylego, który w tym celu używa sprężyny, biegnącej od pasa biodrowego do stopy.

W pięciu mych przypadkach stósowałem z pomyślnym skutkiem przyrząd Meusela; składa się on, jak widać z załączonej ryciny (*Fig. 15*) z pasa miednicowego i ruchomo z nią połączonej szyny wzdłuż zewnętrznej powierzchni uda a zakończonej nad kłykciami uda obręczą stalową; do obręczy tej zastósowany jest przyrząd, składający się z dwóch szyn bocznych, obejmujących podudzie i stopę, dający się w obręczy posuwać wzdłuż osi poziomej i umocować zapomocą śrub w dowolnem położeniu.

W celu szybszego usunięcia tego zboczenia, zwłaszcza w wyższych stopniach, polecano także zabiegi operacyjne, n. p. przedłutowanie kości udowej i ustawienie podudzia w należytem położeniu; Helm polecał osteotomię linijną kości podudzia nad kostkami; Vincent doradzał podskórne złamanie (osteoklazyę) obu kości w tem miejscu, a R. Swan radził przecięcie piszczela na granicy między średnią a dolną $^1/_3$ tej kości. Wszystkie te zabiegi uważam jako zupełnie zbyteczne u dzieci, a mogą być potrzebne tylko w wysokich stopniach stopy szpotawej u dorosłych.

III. Wyciągi.

Barthel: **O znajdowaniu się bakteryi w drogach oddechowych**, (*Cblt. f. Bact.* 1898. XXIV. Nr. 11 12). W roku ubiegłym ogłosił Dürck bardzo ciekawe badania nad etyologią zapalenia płuc i wykazywał, że w niezmienionych płucach osób zmarłych na rozmaite choroby znajduje się bardzo często ta sama mięszanina bakteryi, jaką zwykle wykryć można w zapaleniu płuc, z takąsamą nawet przewagą pneumokoków. Podobne zjawisko spostrzegać miał D. w płucach zdrowych zwierząt i wnosił z tego, że i w płucach zdrowych ludzi znajdować się muszą rozmaite drobnoustroje chorobotwórcze. Aby jednak one mogły na ustrój zadziałać, potrzeba zdaniem D. uprzedniego wpływu innych jeszcze szkodliwych czynników. Ponieważ te twierdzenia D. sprzeciwiały się poniekąd panującemu zapatrywaniu, że płuca ludzi zdrowych zwykle nie zawierają drobnoustrojów, przeto podjął B. w pracowni prof. Hausera w Erlangen ponowne badania w tym przedmiocie. Badając samą tkankę płucną 3 królików i dwóch psów natychmiast po ich zabiciu, nie zdołał B. wyhodować nigdy większej ilości drobnoustrojów; na pożywkach wyrastało zaledwie po kilka kolonij i to nigdy nie były to drobnoustroje chorobotwórcze. Podobne wyniki dało badanie samej tkanki płucnej z 3 zwłok osób zmarłych na rozmaite choroby bez zmian w płucach. Natomiast badając bakteryologicznie treść oskrzeli 22 zwłok ludzkich wnet po śmierci, znalazł B. we wszystkich w obfitości drobnoustroje chorobotwórcze; w jamie ustnej tych samych zwłok, wśród mnóstwa bakteryi, było natomiast zwykle niewiele chorobotwórczych. Między innymi znalazły się pneumokoki w oskrzelach i drobniejszych oskrzelikach 12 razy, często też znajdowały się paciorkowce i gronkowce. Ci stali mieszkańcy oskrzeli są w zwykłych warunkach nieszkodliwi; jednak już nie wielkie uszkodzenie ochronnej warstwy przybłonka oskrzelowego, n. p. wskutek działania drobnych ciał (pył) lub prostego niezakaźnego nieżytu, może im utorować drogę w głąb tkanki płucnej i dać powód do ciężkich, a nawet zabójczych spraw chorobowych. W przeciwieństwie do oskrzeli same płuca zdrowych ludzi nie zawierają, zdaniem B., chorobotwórczych bakteryj; odmienne wyniki badań Dürcka odnosi B. do badania w długi czas po śmierci, gdy już drobnoustroje miały czas, bądź samodzielnie, bądź ze spływającym śluzem, dostać się aż do pęcherzyków płucnych. *Doc. Ciechanowski.*

Mankowsky: **Zmiany ośrodkowego układu nerwowego, stwierdzone sposobem Nissla w ostrem i przewlekłem otruciu morfiną u zwierząt.** (*Russki*) *archiw patołogii i t. d.* 1898. IV. I). Badania M. zalecają się starannem sprawdzeniem wyników przez porównanie ze stanem odpowiednich części układu nerwowego zwierząt zdrowych, co zasługuje na zaznaczenie wobec zarzutów, spotykających z wielu stron sposób Nissla. M. stwierdza, że otrucie morfiną wywołuje niewątpliwie zmiany w układzie nerwowym, dające się wykryć zapomocą barwienia według Nissla. Zmiany te dotyczą komórek nerwowych i ich wypustek, stopień zmian nie zależy jednak wcale od ilości wprowadzonej do ustroju trucizny, lecz od długości czasu, przez jaki trucizna działała; zmiany są zatem wybitniejsze w otruciu przewlekłem, niż w ostrem, choćby to drugie wywołano ogromnemi nawet dawkami. W otruciu ostrem występują różne stopnie *chromatolysis* (znikanie ziarnistości Nissla w obwodowych częściach komórki, zmiana ich kształtu i wielkości w częściach środkowych, zmiana kształtu i kierunku smug chromatofilnych w wypustkach) i „obrzęk“ komórki; jądro i jąderko nie zmieniają się. — W otruciu przewlekłem *chromatolysis* dochodzi najwyższych stopni (ziarnistości znikają prawie zupełnie, zamieniając się w drobne, nieliczne i nieregularnie rozrzucone punkciki, natomiast pojawiają się pęcherzyki jasne); zarysy jądra stają się nieregularne; — największe zmiany występują w komórkach piramidalnych kory mózgowej. — Zmiany te nie są jednak swoiste dla zatrucia morfiną, gdyż podobne zmiany spostrzegano w wielu innych otruciach. *C.*

Haberda: **Czy cząstki stałe, zawieszone w cieczach mogą dostać się po śmierci do płuc noworodków?** (*Friedr. Blätt. f. ger. Med.* 1898. 2). Zwłoki noworodków, zmarłych w czasie porodu, umieszczał H. na 2 do 3 dni w pradzie popłuczyn wychodków, poczem w wszystkich zwłokach stwierdził obecność ciał obcych, zaniesionych z cieczą, w drogach oddechowych i to nie tylko w oskrzelach, ale także w pęcherzykach płucnych. Nieco cząsteczek kału znajdowało się także w przełyku i żołądku. Jest więc rzeczą niewątpliwą, że w pewnych korzystnych warunkach mogą ciecze i drobne ciała obce po śmierci dostać się do płuc; oceniając w praktyce sądowolekarskiej, czy dostały się one tam za życia, czy po śmierci, należy zwrócić uwagę na ilość, zbitość i rozdział ciał obcych w żołądku i przełyku i inne poboczne okoliczności.

Carrara: **Zator tłuszczowy płuc i jego sądowolekarskie znaczenie.** (*Friedr Blätt. f. ger. Med.* 1898. 4). Wśród 102 zwłok znalazł B. zator tłuszczowy płuc w 27 przypadkach. Istniał on w 13 na 17 przypadków złamań; w 3 przypadkach złamań żeber i w jednym przypadku złamania mostka, żeber i kości sprychowej nie znaleziono zatoru tłuszczowego w płucach. Tłuszcz dostaje się w danych przypadkach nader szybko do krwiobiegu, ponieważ zator płuc istniał nawet w tych razach, gdy śmierć nastąpiła natychmiast po urazie. Objawy zatoru tłuszczowego płuc nie są za życia znamienne; najczęściej powstaje obraz wstrząsu (shoku) lub wstrząśnienia mózgu. Znalezienie rozległych zatorów ma wielkie znaczenie dla określenia przyczyny śmierci. Na 28 przypadków chorób serca i nerek znalazł B. zatory tłuszczowe w płucach 7 razy; znaczenie ich jest w tych razach wobec ciężkości głównej choroby małe, a pochodzą one albo z nierzadko się zdarzających przedśmiertnych uszkodzeń, albo ze zwyrodniałych tłuszczowo narządów wewnętrznych. Zdarzyć

się także może zator tłuszczowy płuc w uszkodzeniach części miękkich i w oparzeniach; w tych ostatnich tłómaczy się jego powstawanie równoczesnem otwarciem naczyń krwionośnych i chłonnych i płynniejszym stanem tłuszczu, w jaki on pod wpływem gorąca, przynajmniej chwilowo, przejść może. W zejściu śmiertelnem po oparzeniach zdaje się zator tłuszczowy płuc, który C. znalazł 6 razy na 13 przypadków, odgrywać ważną rolę.

Doc. Dr. A. Kissel: **Zakaźna żółtaczka u dzieci** *(Jahrbuch für Kinderheilkunde 13. XLVIII. W. 2, 3 1898).* Dotychczasowe opisy nagminnie panującej żółtaczki u dzieci wykazały możność przebiegu tej choroby bądź pod postacią łagodną, jako żółtaczka nieżytowa, badź też jako postać ciężka; przypadki opisywane przez Weila, należą do pośrednich i klinicznie nie powinny być uważane za postacie odrębne. Jaeger wyhodował z moczu chorych i z narządów wewnętrznych osób zmarłych osobny laseczník, zwany *bacillus proteus fluorescens* Autor spostrzegał 96 przypadków tej choroby i podzielił je na 3 gromady:

1. Ciężkie, kończące się śmiercią. 2. Niezbyt ciężkie lecz wykazujące wyraźne ślady choroby zakaźnej. 3. Lekkie, do których zaliczać się winny te liczne przypadki żółtaczki nieżytowej, polegające pozornie na zatkaniu przewodu żółciowego, a będące właściwie przyrody zakaźnej.

Jedno dziecko, zmarłe z powodu żółtaczki zakaźnej, okazało na stole sekcyjnym, jakoteż przy badaniu drobnowidowem bakteryologicznem typowy obraz choroby zakaźnej.

Spostrzeżenia 96 przypadków, z których 6 zakończyło się śmiercią, wykazały, że żółtaczka zakaźna u dzieci występuje przeważnie w jesieni i zimie, bez względu na wiek, płeć i skłonności do chorób przewodu pokarmowego, co stanowczo odróżnia ją od żółtaczki nieżytowej, występującej przeważnie w miesiącach letnich, u dzieci nader łatwo zapadających na choroby trawienia.

Co do objawów i przebiegu choroby, to prawie zawsze początek jej był nagły z dreszczami, gorączką, bólem głowy, brakiem łaknienia, a nawet wymiotami, poczem po 4—8 dniach, występowała żółtaczka tak, że w przebiegu tej choroby można odróżnić dwa okresy: pierwszy z gorączką, bez żółtaczki, — drugi bez gorączki z żółtaczką. Czas trwania choroby 3—4 tygodni przeciętnie. We wszystkich przypadkach można było wybadać powiększenie wątroby i śledziony a pozostawały one nieraz powiększone, mimo ustąpienia żółtaczki. Barwa skóry, błon śluzowych, moczu, kału była odpowiednią do stopnia żółtaczki.

Rokowanie w przebiegu żółtaczki zakaźnej musi być bardzo ostrożne, szczególnie u dzieci niedokrewnych, szybko wycieńczających się przy długo utrzymującej się żółtaczce (do 10 tygodni), jakoteż u dzieci żółtaczkowych z objawami nerwowymi.

Dyeta przeważnie mleczna.

Leczenie polega na podawaniu przez 1—1½ tygodnia kalomelu, a następowo wód mineralnych alkalicznych, względnie 1% roztworu sody do 4 łyżek dziennie. W przypadkach występującego ogólnego zaniku zaleca autor tran rybi. Wreszcie w bardzo ciężkich przypadkach żółtaczkowych doradza wstrzykiwania fizyologicznego roztworu soli kuchennej.

Dr. Bolesław Komorowski.

IV. Zapiski lecznicze i nowe leki.

E. Merck (Darmstadt). *Bericht über das Jahr 1897.* Styczeń, 1898.

(Ciąg dalszy).

Tłuszcze jodu i bromu: Jodipinum. Bromipinum. Tłuszcze te powstają przez dodanie jodu, względnie bromu, do oleju sesamowego; są to ciecze żółtawe, smaku oleju, a zresztą zachowują się jak tłuste oleje — jodu i bromu zawierają po 10%.

Winternitz, opierając się na swych doświadczeniach, które wykazały, że tłuszcz jodu podany wewnętrznie, pozostaje w ustroju złożonym (szczególniej w wątrobie i w szpiku kostnym), a więc i do *locus morbi* dostać się może i tam działać skutecznie, poleca go zamiast jodku potasu.

Chociaż działania tłuszczów bromu nie można w ten sam sposób sobie wytłómaczyć, to podawanie ich w drgawkach i padaczce u dzieci daje dobre wyniki.

Zapisuje się:

Rp.: *Jodipini 100.00*

Ds.: *3 razy dnia zażywać po łyżeczce, aż do łyżki stołowej.* (Kiła i zołzy).

Rp.: *Jodipini 50.00*
Vitell. ovi Nr. I.
Pulveris Cacao
Sacchari albi aa part. aeq.
Olei Cinnamomi aeth. gtt. I.
M. f. l. a. electuarium.

Ds.: *1—2 łyżeczek dziennie zażyć.* (Kiła u dzieci).

Podobnie zapisuje się bromipin.

Jodoformalum. $C_6H_{12}N_4.C_2H_5J.CH_2J_2$. F. Reuter wyżej stawia ten środek od jodoformu i jodoforminu, szczególnie w leczeniu ran ropiejących, przewlekłych wrzodów goleniowych, róży, wrzodu miękkiego, ropienia gruczołów chłonnych, zastrzału i t. d. Stosuje się go w postaci zasypki, lub maści np.:

Rp.: *Jodoformali 1.0*
Bals peruv. gtt. III—IV.
Lanolini anhydrici et vaselini q. s. ad 10.0
M. f. unguentum.

S.: *zewnętrznie.*

W rzeżączce przewlekłej zapisywać należy świeczki z 20% jodoformalu, gliceryny i gumy arabskiej.

Jodothyrinum. Ze sprawozdań wielu autorów, odnoszących się do skuteczności tego środka, wynika, że posiada on wprawdzie działanie gruczołu tarczykowego, nie przewyższa jednak w tym względzie innych podobnych przetworów.

Jodterpinum. $C_{10}H_{16}J$. Jest to połączenie jodu z terpentyną; ciecz ciemno-brunatna, zapachu olejku terpentynowego, łatwo rozpuszczająca się w eterze, benzolu, benzynie naftowej i chloroformie, a do 10% w czystym wyskoku, o c. g. 1.19, a wrząca przy 170° C.

A. Lieven *(XII międzynar kongr. lek. w Moskwie, 1897 r.)* podaje, że środek ten zastępuje nalewkę jodową i jodoform, a ze względu na większą stosunkowo zawartość jodu (50%), lepszym jest nawet od pierwszej.

Przez domieszanie do tego środka 1—20% wyjałowionej kaoliny, otrzymać można proszek, posiadający również własności lecznicze.

Kalium oxalicum neutrale purissimum $K_2C_2O_4 + H_2O$. Są to kryształy bezbarwne, w 3 częściach wody się rozpuszczające.

Ponieważ środek posiada własności powstrzymujące krzepnięcie płynów organicznych, poleca go G. Cavazzani do leczenia nacieków ropnych (phlegmone). Wstrzykuje on w tym celu 1% roztwór wodny tej soli w tkanki dookoła chorego miejsca; do jednorazowego wstrzyknięcia używa 2—3 ctm.³ roztworu a nakłówa w 10—12 miejscach; po 2—3 dniach powtarza się wstrzykiwania.

Kolaninum (Extr. Kolae sicc.). Jest to glikosyd, otrzymany przez Hilgera i Knebla z orzechów Sterculia Acuminata (Sterculiacae).

W handlu w postaci wyciągu (Extr. spiss.) lub tabletek, 0.2 tego leku zawierających. Dornblüth podaje go ze skutkiem neurastenikom, także w stanach osłabienia serca na tle nerwowem, a nawet organicznem. Podaje się jedną pastylkę (0.2 kol.), po 1 do 1½ godzinie — drugą, aż do skutku. *Dr. J. Żychoń.*

(Ciąg dalszy nastąpi).

Fürbringer (*Dtsch. m. Zeit.* 1898) leczy niemoc płciową, zależnie od przyczyny, sposobami fizycznymi lub dyetetycznymi. U otyłych stara się zapomocą pracy mięśniowej, dyety i leczenia zdrojowego (Maryenbad) o zmniejszenie podściółki tłuszczowej, co często doprowadza do bardzo dobrych wyników. Przy moczówce cukrowej trudniej otrzymać pożądany skutek. U gruźliczych forsowne odżywianie sprowadza często powrót popędu płciowego. Nerwowi odzyskują w wielu przypadkach moc płciową po leczeniu Playfaira Czasem szklanka dobrego wina lub piwa sprowadza prawidłowy wytrysk nasienia, szczególnie, jeśli jest tylko zboczenie co do czasu wytrysku. Nadmierne palenie cygar obniża zwykle moc płciową. Wreszcie autor przemawia za przyrządami, które mechanicznie w wielu przypadkach, szczególnie u nerwowych, mogą mieć wielkie w leczeniu znaczeniu. *F. K.*

Nitzelnadel zaleca przy piegach pędzlowanie 10% rozczynem wodnym kwasu mlekowego. (*Ctbl. f. d. ges. Ther* 7). *F. K.*

E. Fischer wypróbowawszy cały szereg środków, stosowanych w róży, zachwala używany przez siebie wyskok (85—95%) w ten sposób, że na miejsca zajęte kładzie kawałek miękiego płótna, które zwilża wyskokiem, zalecając robić to tak często, aby płótno zawsze było wilgotne. Przytem wspomina, że Behrend silnie wciera wyskok w skórę, a potem dopiero zaleca kłaść watę, zamoczoną w wyskoku i zmieniać ją co 3—4 godzin, a Langsdorff przykrywa zamoczony przedmiot jeszcze ceratką nieprzemakalną. (*St. Petersb. m. Woch.* 1898, 38). *F. K.*

Istnieje zdawna utrzymujące się zapatrywanie, że obcinanie włosów wzmacnia ich porost. Rencesow w r. 1893 wykazał, że obcinanie włosów kilkakrotne, w krótkim czasie, wywołuje stan podrażnienia w brodawce włosowej. Bischoff pod kierunkiem Schiefferdeckera powtórzył te doświadczenia na psach, królikach i świniach i przyszedł do przekonania, że obcinanie włosów nie ma żadnego wpływu na ich wzrost, bo żadna część włosa, nawet część rdzeniowa, nie jest w stanie przenieść podrażnienia, wywartego przy obcinaniu na sam włos. (*Posiedz. Tow. lek. w Bonn* 13, 12, 1897). *F. K.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne z dnia 23. listopada 1898 r.

Przewodniczący kol. prezes prof. Dr. Jakubowski. — Obecnych 36-ciu członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

Kol. Prezes zdał sprawę z załatwienia poruczonej mu, jako mężowi zaufania, sprawy organizacyi Komitetu gospodarczego na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, przyczem proponuje na przewodniczącego Komitetu Zjazdowego kol. prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego. Kol. prof. Kostanecki, jednogłośnie wśród oklasków wybrany, dziękując za zaufanie, wskazał na pracę i zasługi w tej sprawie kol. prezesa, prof. Dra Jakubowskiego.

Na członków czynnych Towarzystwa przyjęci zostali koll.: Majewicz Edmund i Sternbach Dawid.

Kol. prof. Ponikło przedstawił następujący wniosek Komisyi przemysłowej: Towarzystwo lekarskie uchwala: »Załatwiając prośbę właściciela dóbr poronińskich, p. Adama Uznańskiego, uznaje się, po wysłuchaniu opinii rzeczoznawców, grunt Nowe-Zakopane-Czarnolesie, położony obok drogi krajowej Zakopane-Roztoka, w odległości dwu klm. od Jaszczurówki, za stósowny pod względem zdrowotno-klimatycznym do urządzenia na nim osady (stacyi klimatycznej) według przedłożonych planów pod warunkiem, że będzie urządzony wodociąg z wody źródlanej, wymogom zdrowotnym odpowiadający« (Uchwalono).

Kol. Bujwid odczytał memoryał do Rady miejskiej w Krakowie, kończący się następującym wnioskiem: »Tow. lek. krak. uchwala przedstawić pod rozwagę Świetnej Rady miasta Krakowa nieodzowną potrzebę bezzwłocznego utworzenia odrębnego i samodzielnego szpitala miejskiego dla chorób zakaźnych«.

Kol. Dyr. Ponikło w dłuższym wywodzie wyjaśnił tę sprawę pod względem administracyjnym, poczem wniosek wedle referatu uchwalono.

Kol. Sliwiński zawiadomił, iż Komisya przemysłowa uzupełniła się, wybierając w miejsce ś. p. prof. Obalińskiego i nieobecnego w Krakowie prof. Rydygiera, koll.: prof.: Bujwida i Jaworskiego. Na członka nadzwyczajnego zaś Komisyi przemysłowej zaproszono Dra Lembergera. (Przyjęto do wiadomości).

Kol. Prezes przedstawił następujący wniosek Komitetu: »Fundusz rezerwowy, złożony na książeczkę Towarz. wzajem. kredytu T. VIII, L. 4821 w kwocie 276 złr. 59 ct. z odsetkami, staje się funduszem biblioteki Tow. lek. krak«. (Uchwalono).

Nastąpił odczyt kol. Rutkowskiego: »O niedrożności jelit mechanicznej na podstawie 156 przypadków«. (Rzecz przeznaczona do druku).

W rozprawach nad powyższym odczytem kol. Kryński podniósł wielką ważność pod względem leczniczym sprawy chorobowej, przedstawionej przez prelegenta. Dziś sprawa leczenia mechanicznej niedrożności jelit powinna wejść w zakres wyłącznie chirurgii i ogół lekarzy nabiera stopniowo tego przekonania. Życzyćby należało tylko, aby zrozumianą była ogólnie i stósowaną konieczność interwencyi chirurgicznej we wczesnych okresach cierpienia, gdyż największą liczbę niepomyślnych zejść pooperacyjnych takiemu właśnie spóźnieniu przypisać należy. Co się tyczy postępowania operacyjnego, opisanego przez prelegenta, to więcej trafia mówcy do przekonania w przypadkach niedrożności postępowanie Trèvesa; radził on po otwarciu jamy brzusznej odszukać zaraz jelito ślepe, którego stan, rozdęcie lub nie, daje nam od razu wskazówkę przybliżoną co do siedziby przeszkody tj. czy w jelicie cienkiem, czy grubem znajduje się ona. Dopiero gdy w ten sposób nie można się zoryentować dostatecznie, wówczas należy szeroko otworzyć jamę brzuszną, nawet przez całą długość smugi białej i przejrzeć dokładnie cały przewód jelitowy. Takie postępowanie, podane jako zasada przez Kümmla i stósowane w wielu przypadkach opisanych przez prelegenta, jako połączone z zupełnem wypaproszeniem, nie jest obojętne dla ustroju i o ile możności lepiej go uniknąć, jeżeli się da.

W końcu zapytuje kol. K. prelegenta o cechy ruchów robaczkowych i stosunek ich do wzdęcia miejscowego (meteorismus localis) w opisanych przypadkach niedrożności mechanicznej.

Kol. Surzycki odpiera zarzut, zrobiony internistom, że zwykle w tych przypadkach późno interwencyi chirurgów żądają, tłómacząc przedewszystkiem trudnością rozpoznania w pierwszych 24 godzinach, bo nieraz przypady chorobowe są tak niewyraźne, a objawy podawane przez chorego, tak bałamutne, że w pierwszej chwili ma się tylko podejrzenie o niedrożność i dopiero przy wystąpieniu wyraźnych objawów można rodzinie chorego lub choremu proponować zabieg operacyjny. Nieraz 24 godziny, lub więcej upłynie, nim lekarza do chorego wezwą, a lekarz, będąc krępowanym w swoich wizytach, nie może chorego dokładnie obserwować, a tem samem za pierwszem badaniem na pewne rozpoznać. Lekarze praktycy mają zupełnie inny materyał obserwacyjny niż w szpitalu, gdzie w razie wątpliwości w rozpoznaniu można chorego uśpić, by ścisłe rozpoznanie uzyskać, gdy tymczasem w praktyce prywatnej nieraz dokładnie i zbadać nie można, raz dla dotkliwych bólów, a nieraz z powodu wstydliwości, jeśli to dotyczy kobiety. Zresztą nie trzeba zapominać, że stosunkowo duży odsetek przypadków z początkowymi objawami niedrożności bywa wyleczonych wysokiemi wlewaniami za pomocą lejka Hegara, a o takich przypadkach naturalnie chirurdzy nie wiedzą i wciągają do swej statystyki tylko tych, u których ten zabieg wcale się nie udał. Na dowód przytacza kol. S. jeden przypadek niedrożności, trwającej 4 dni (znany ś. p. Obalińskiemu) z wymiotami kałowymi, gdzie ciągłe lewatywy wysokie nie robiły skutku, wreszcie chory, zdecydowany na operacyę, został przeniesiony do szpitala i tam po kilku nowych próbach lewatywami lejkiem Hegara wreszcie niedrożność została usunięta.

Kol. Rutkowski odpowiedział, iż szerokie otwarcie jamy brzusznej woli ze względu na szybkie i łatwe zoryentowanie się w stosunkach anatomicznych, zwłaszcza w przypadkach ze znacznem wzdęciem jelit. Co do ruchów robaczkowych, to w przypadkach ostrych trudno je dokładnie co do kierunku określić, a w przypadkach uwięzgnięcia częstokroć nie można ich dostrzedz, gdyż pętla zajęta wzdęciem miejscowem pokrywa pętlę doprowadzającą. W tych jednak właśnie przypadkach przelewanie się wskazuje na obecność ruchu w pętli doprowadzającej. —

Dr. Xawery Gorski,
Sekr. dorocz

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, 29 grudnia 1898 r.

* Donieśliśmy w swoim czasie, że w Krakowie, pod redakcyą prof. Bolesława Wicherkiewicza, rozpocznie wychodzić z końcem stycznia miesięcznik pod tyt.: »Postęp Okulistyczny«.

Jest to naturalnem następstwem rozwoju naszego piśmiennictwa lekarskiego i doskonalenia się jego pojedyńczych gałęzi, że z biegiem czasu rodzą się szersze potrzeby umysłowe, domagające się wyodrębnienia niektórych działów medycyny z ciasnych dla nich ram dzisiejszej publicystyki lekarskiej. Od lat 50 okulistyka polska cieszy się szeregiem ludzi, odgrywających w nauce wybitną rolę. Zastęp ten zwię-

ksza się i poczuwa na siłach nie poprzestania na oderwanych i przygodnie pojawiających się artykułach w tygodnikach naszych, lecz zmierza do stworzenia organu jednolitego, będącego wyrazem pracy systematycznej i stanowiącego podwalinę dla przyszłej szkoły swojskiej.

Wydawca, prof. Wicherkiewicz, któremu przypada zasługa podjęcia tego dzieła, opiera się w swem przedsięwzięciu nie tylko na własnej osobie i gronie okulistów, lecz zjednał on do współudziału specyalistów w innych gałęziach, które z nauką okulistyczną mają bliższe lub dalsze powinowactwo umiejętne.

Do grona współpracowników »Postępu Okulistycznego« należą: Dr. Babiński (Paryż), Dr. Bałłaban (Lwów), prof. Browicz (Kraków), prof. Bujwid (Kraków), prof. Cybulski (Kraków), prof. Kostanecki (Kraków), Dr Kramsztyk (Warszawa), prof. Machek (Lwów), prof. Natanson (Kraków), Dr Rumszewicz (Kijów), doc. dr. Sroczyński (Kraków), dr. Strzemiński (Wilno), dr. J. Talko (Lublin).

Wątpić nie należy, że wydawnictwo »Postępu Okulistycznego« rozpoczyna swój żywot pod dobrą gwiazdą: poręką jest nam stanowisko samego wydawcy, jego zapał do nauki i energia w przeprowadzeniu tego, co kiedy zamierzył. Niemniej jednak opieramy nasze wróżby i na współdziałaniu wyżej wymienionych mężów, którzy przyrzekli czynnie popierać nowy miesięcznik. Wiemy dobrze, a przedewszystkiem wie o tem dokładnie sam prof. Wicherkiewicz, który przystępuje do dzieła »po długim namyśle i wszechstronnej rozwadze«, że nowe wydawnictwo oprze się przedewszystkiem, obok zamiłowania do nauki, na poczuciu obywatelskiego obowiązku czcigodnego wydawcy i że poczucie to stać się musi główną podwaliną jego wytrwałości: to też wzgląd ten, skądinąd tak nie obcy społeczności lekarskiej, powinien usposobić jak najżyczliwiej ogół nasz do nowego wydawnictwa i zjednać mu wszechstronne i jak najszczersze poparcie.

(k) Z inicyatywy Sekcyi Towarzystwa lekarzy galic. w Tarnowie odbył się w tem mieście d. 17 b. m. Zjazd kolegów z powiatów: Brzeskiego, Dąbrowskiego, Mieleckiego, Pilzneńskiego, Ropczyckiego i Tarnowskiego.

Po wyczerpującej dyskusyi zgromadzeni uchwalili:

a) Starać się o aktywowanie lekarskich okręgów sanitarnych, dotychczas już projektowanych i zatwierdzonych przez władze krajowe;

b) w tym celu wpływać na opinię publiczną i wydziałów powiatowych, wykazując potrzebę tworzenia tych okręgów, oraz udać się do lekarzy-posłów sejmowych z prośbą o wyjednanie w Sejmie stanowiska, przychylnego tej sprawie;

c) odnieść się do Wydziałów powiatowych w Tarnowie, Dąbrowie, Mielcu, Pilznie i w Ropczycach o aktywowanie w r. 1899 okręgów sanitarnych w Ryglicach, Tuchowie, Szczucinie, Siedliszowicach, Przecławiu, Radomyślu, Jodłowej, Zassowie i w Wielopolu;

d) wykazywać potrzebę utworzenia, w każdej siedzibie lekarza okręgowego, szpitalika dla chorych (w myśl ustawy kraj. z 2 lutego, 1891). Nadto postanowiono starać się, by rząd płacił lekarzom za ich doniesienia do władz o przypadkach chorób zakaźnych.

* Według dzienników rosyjskich prof. Virchow wyraził chęć osobistego wzięcia udziału w uroczystym obchodzie 100-letniego jubileuszu istnienia wojskowo-lekarskiej akademii w Petersburgu, który ma się odbyć w dniu 18 b. m. (st. st.).

* »Nowoje Wremia« donosi, że zamierzono urządzić w Samarkandzie Instytut medycyny doświadczalnej, na wzór petersburgskiego.

* Berlińska krawiecka kasa chorych, licząca 26,000 członków, postanowiła zaprowadzić z dniem 1 kwietnia 1899 roku wolny wybór lekarza.

* W budżecie państwa niemieckiego na r. 1899 wstawioną została pozycya 60,000 marek na koszta ekspedycyi dla badania przyrody zakażenia zimniczego (malaria).

* Prof. Röntgen, który otrzymał wezwanie do objęcia katedry w Lipsku, pozostaje nadal w Würzburgu.

* W sprawie ostrożności, przedsięwziętych przez plebana powszechnego szpitala w Wiedniu przy ostatniem namaszczeniu ś. p. Dra Müllera, „Chronique Médicale“ podaje interesujące szczegóły z wieków minionych. Biskup z Noyon, de Clermont-Tonnerre, rozesłał za czasów Ludwika XIV następującą instrukcyę dla księży, którym przypadał obowiązek administrowania na śmierć osób zadżumionych. Spowiedź miała się odbywać z oddalenia 9 do 10 kroków od mieszkania chorego i polegała na kilku zapytaniach w kierunku wykroczeń, wypływających z zawodu chorego, poczem udzielano rozgrzeszenia — zawsze zdaleka. Hostyę świętą administrowano w ten sposób, że kładziono już dwie hostye większe i niepoświęcone i wszystko zawijano razem w czysty papier; pakiecik taki kładziono na podłogę lub stół i by, wiatr nie porwał, przykrywano ciężarkiem. Pouczony chory albo sam sięgał po hostyę, albo doręczała mu ją osoba pielęgnująca. Podczas tej czynności ksiądz odmawiał z oddalenia przepisane modlitwy. Ostatnie namaszczenie udzielano przy pomocy długiego pręta, na którego jednym końcu przymocowaną była wata, napojona olejem świętym. Instrukcya biskupia dozwalała namaszczenia tylko jednego narządu zmysłu. Watę i koniec pręta obowiązany był ksiądz spalić na ognisku umyślnie przygotowanem. Wszystko zakańczały modły, według rytuału, lecz zawsze z oddalenia.

* Jakim sposobem Glauber odkrył sól, która nosi jego imię? W podróży swej do Wiednia zachorował on ciężko na przypadłości trawienne. Mieszkańcy tej miejscowości zwrócili uwagę Glaubera na wodę, znajdującą się w tej okolicy, która wrzekomo ma leczyć właśnie takie zaburzenia zdrowia. Nie bez sceptycznych wahań się podążył chory do źródła, napił się i ozdrowiał. Analizując tę wodę, wykrył G. sól, o której tyle tylko wiedział, że nie jest saletrą, bo na ogniu nie wybucha. Sól tę (t. j. siarkan sodowy), nie mogąc oznaczyć według jej składu chemicznego, nazwał Glauber *Sal mirabile*.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Laboulbène, b. prezes Akademii lekar., prof. historyi medycyny i chirurgii w Paryżu. Sir Jenner, prof. kliniki lekarskiej w Londynie. Mag. chirurgii, Wilhelm Reisner, zmarł w Zbarażu w 59 roku życia.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich: W *Gazecie lekarskiej* Nr. 51: Dra Hermana: O znieczulaniu miejscowem i granicach jego stosowania. Dra Wygodskiego J.: Wyniki leczenia gorączki połogowej (dok.). Dra Piotrowskiego J.: O leukemii i sprawach pokrewnych (c. d.). W *Medycynie* Nr. 51: Dra Danysza J.: O szerzeniu się dżumy, jej zapobieganiu, oraz leczeniu. Dra Rosenthala J.: Opis ważniejszych przypadków operowanych w oddziale ginekol. szpitala starozakonnych w Warszawie w roku 1896—1897, oraz ogólny zarys działalności tegoż oddziału (dokoń.). W *Kronice Lekarskiej* (Zeszyt 24): Dra Bregmanna L.: Przyczynek kliniczny do postępującego zaniku mięśni. W *Medycynie* Nr. 52: Dra Solmana T.: Przyczynek do kazuistyki i chirurgii niedrożności jelit. Dra Arnsteina F.: Kilka słów o użyciu leku wymiotnego po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej w błonicy krtani.

Redakcya otrzymała:

Dr. Kucharzewski H.: Czy uraz może wywołać ostre zapalenie nerek. (Odbitka). Warszawa, 1898.

Dr. Nartowski M.: Ein Beitrag zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung. (Odbitka). 1898.

— Dr. Kowalski Ed.: Badania nad zachowaniem się ciepłoty i krążenia krwi w narządach jamy brzusznej pod wpływem okładów. (Odbitka), Warszawa. 1898.

— Tenże: Ueber den Einfluss von äusseren hydrotherapeutischen Proceduren auf die Gallensecretion. (Odbitka). Wiedeń. 1898.

— Dr. Wróblewski A: O soku wyciśniętym z drożdży. (Odbitka). Kraków. 1898.

— Dr. Węgliński W.: Exploration clinique de la tuberculose laryngée. (Odbitka). Paryż. 1898.

— Eksc. Dr. Mavrogéni Pasza: Quelques mots sur l'alcoolisme. (Odbitka). Konstantynopol, 1898.

— Prof. Browicz T.: Obraz mikroskopowy komórki wątrobnej po wstrzyknięciu do żyły szyjnej rozczynu hemoglobiny. (Odbitka), Kraków, 1898.

— Dr. Krokiewicz A.: Mangel an freier Salzsäure (Anachlorhydria) im Mageninhalt im Verlaufe von multiplen runden Magengeschwüren (Ulcera peptica ventriculi). (Odbitka), Wiedeń, 1898.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich dołącza dla swych członków do dzisiejszego N-ru czeki pocztowej Kasy oszczędności, aby ułatwić przesyłkę wkładki; przyczem przypomina § 67 swego statutu orzekający:

»Jeżeli członek czynny lub korespondujący zalega przez pół roku z uiszczeniem wkładki należy mu wstrzymać przesyłkę organu. W razie spóźnionego uiszczenia zaległej wkładki otrzymuje członek wstrzymane egzemplarze, o ile zapas ich starczy«.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**